FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1968

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Danielle SIVADON épouse SABOURIN

née le 17 Octobre 1937 à BOURGES (Cher)
Interne des Hôpitaux psychiatriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

REFLEXIONS SUR DEUX MOIS D'OBSERVATION EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : M. L. MICHAUX, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS 19e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1968

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Danielle SIVADON épouse SABOURIN

née le 17 Octobre 1937 à BOURGES (Cher)
Interne des Hôpitaux psychiatriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

REFLEXIONS SUR DEUX MOIS D'OBSERVATION EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : M. L. MICHAUX, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS 19e

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Gl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

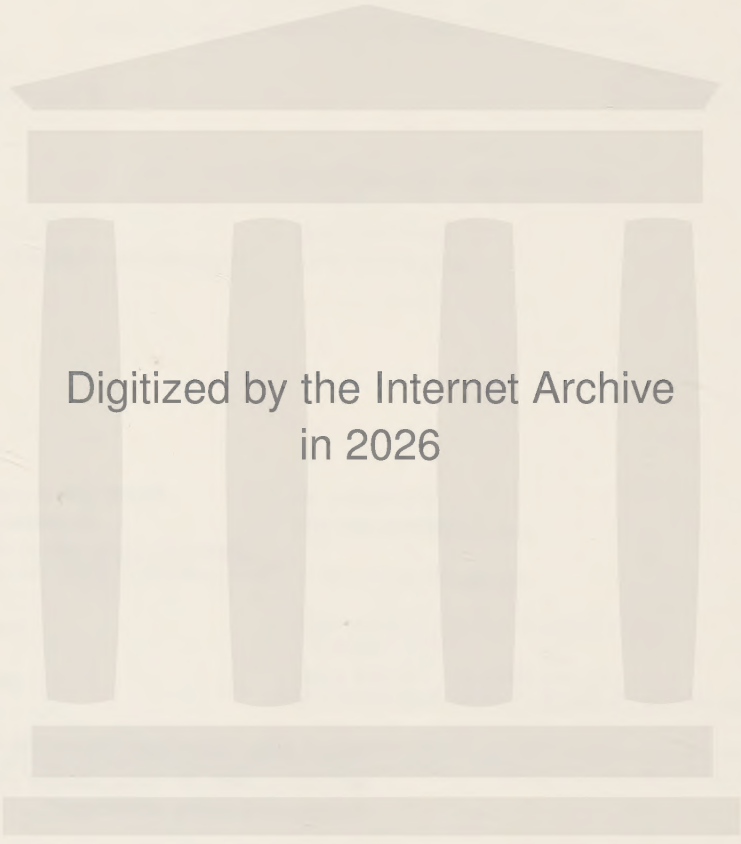
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

"Vous êtes des fonctionnaires et nous sommes des lâches. Nous trouverons toujours à nous arranger".

(Malade et anonyme)


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0036

A Monsieur le Professeur MICHAUX

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Mademoiselle le Docteur Hélène CHAIGNEAU

Dont la pratique et la réflexion me sont
une constante référence.

Aux différentes équipes soignantes auprès desquelles j'ai travaillé durant mes quatre années d'internat.
Je leur dois ma formation, dans le cadre ...

- du service du Docteur SCHWEICH

  Hôpital de Maison Blanche

- du Centre de la Rochefoucauld

  Médecin-Directeur : Docteur DE VERBIZIER

- du C. T. R. S. de Ville-Evrard

  Service du Docteur CHAIGNEAU

- de l'Hôpital Henri Rousselle

  Service du Docteur DAUMEZON

- de la Consultation de neuro-psychiatrie infantile

  Service du Professeur MICHAUX.

Au Docteur Jean DE VERBIZIER

Mon cousin, ami et néanmoins patron dont les indications me furent précieuses.

PLAN

Introduction

Le Collectif

Avant-Propos

I - Le moment du choix

II - Les dossiers

III - Elan - école ou hôpital

IV - La reprise de travail

V - A l'écoute de la parole

VI - Le travail thérapeutique

VII - Apragmatisme et résistances

VIII - Le travail thérapeutique et les fantasmes de son pouvoir

IX - Spécialistes et caïdats

Conclusions.

INTRODUCTION

Nous retraçons ici la tentative d'observation qui fut la nôtre durant quelques semaines, à l'écoute d'un collectif de soins.

Ecrire une monographie, en percevoir les trames méthodologiques, aurait volontiers constitué notre propos, mais la réalité veut qu'il n'en reste ici qu'une esquisse.

La limitation apportée à notre temps d'étude ne saurait se justifier de la seule nécessité de rédiger un mémoire en vue d'une thèse en médecine, elle tend aussi à cerner un moment singulier de la vie du collectif.

Cette séquence de deux mois correspond en fait à la mise en pratique d'un nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital de Jour, dans le cadre duquel se situe notre travail : l'instauration de groupes quotidiens, son effet de coupure, d'inattendu par où surgit le sens, vint créer comme un plan privilégié de lecture.

Ce n'est donc là qu'un artifice optique soulignant notre difficulté à saisir les émergences signifiantes dans les multiples figures du non-sens où vient se traduire le discours inconscient du collectif.

Un atelier, une réunion de journal, aurait tout aussi valablement pu être lieu et temps de cette écoute, aussi précisons-nous que si l'étude de groupe il y a, ce n'est point étude de dynamique de groupe ni option pour cette méthode.

Car si les réunions sont un temps nécessaire à l'incessant remaniement de la texture relationnelle, elles peuvent aussi en devenir lieu privilégié de sclérose.

Nous aimerions indiquer ce qui, dans le milieu de soin qui est le nôtre, nous a semblé constituer des plages sensibles, des lieux d'opacité où pressentir la formulation de la structure fantasmatique du collectif et où trouver la marque de sa singularité historique et économique.

Est-ce à dire que dans le "champ institutionnel" le matériel inconscient puisse être repris et éclairé en référence au concept Freudien de réalité psychique ? Une telle option aurait-elle une vertu de révélateur au niveau de la réalité politique qu'elle dévoile et rend sensible ?

Etre à l'écoute de l'inconscient ne serait-ce pas d'une certaine façon se situer face à la structure socio-économique dont l'incidence vient infléchir les formulations de la maladie ?

LE COLLECTIF

L'hôpital de jour est une création d'une association régie par la loi de 1901 dont le propos est de promouvoir des organismes d'assistance aux malades mentaux.

Préciser l'origine de ce mouvement nous semble de quelque intérêt pour l'approche ultérieure de notre travail.

Il naquit en effet, de l'initiative de quelques-uns, au sein du milieu hospitalier traditionnel, lors de la contestation théorique et politique suscitée par ce qui fut appelé la "révolution psychiatrique" des années 45.

La création d'une telle association devait permettre d'échapper à l'oppression administrative des asiles et de réaliser des organismes de soins tels qu'en leur pratique quotidienne les soignants ne pouvaient que les rêver.

L'hôpital de jour, fondé en 1962, se trouve situé dans un bâtiment urbain qui abrite également un centre de recherches, une consultation de psychopathologie du travail et un département de médecine psycho-somatique.

L'unité de soins proprement dite est conçue pour recevoir cent vingt malades en hospitalisation de jour mi-temps ou plein temps, l'établissement leur étant ouvert de neuf à dix sept heures, sauf le dimanche et les jours fériés.

L'ensemble du personnel regroupe soixante dix membres, dont l'activité assure le fonctionnement de l'hôpital, ainsi que des différents organismes adjoints.

Le conseil d'administration de l'association a fonction d'employeur et nomme deux directeurs, un médical et un administratif qui, à ses yeux, sont les seuls interlocuteurs habilités à rendre compte de la marche de l'établissement.

Une convention passée avec la sécurité sociale prévoit un prix de journée forfaitaire dont le montant fait l'objet d'une réévaluation annuelle lors de l'étude du budget.

Le groupe des malades est mixte, d'une moyenne d'âge généralement jeune : de 25 à 30 ans.

Le diagnostic psychiatrique établi à l'entrée est celui de psychose pour 80 % d'entre eux, ce qui signifie souvent une carrière hospitalière antérieure.

Brièvement, nous tenterons de préciser les traits qui singularisent ce type de prise en charge.

Dès son entrée, chaque malade est confié à un médecin et une infirmière ; un emploi du temps lui est proposé tendant à répartir les moments de la journée entre les activités ergothérapiques, sportives et culturelles.

L'organisation de ce champ du collectif reste le fait des moniteurs qui en soumettent l'orientation générale aux malades lors de réunions hebdomadaires dites "d'atelier" et de "loisirs".

Il est à noter que l'autonomie budgétaire de ce secteur d'activités reste imprécise et que le problème de circulation d'argent ne semble s'être jamais constitué en lieu d'échanges et de paroles.

Très rapidement, nous tenterons de préciser quelles étaient les attributions des différentes corporations du personnel, avant que ne soit mis en exercice le nouveau mode de fonctionnement du collectif : les groupes quotidiens -

Les infirmières se voient attribuer "la charge" d'une quinzaine de malades.

Ce seul propos vient indiquer l'ambiguité de leur rôle, car il s'agit de savoir où sont les malades, ce qu'ils font, s'ils prennent leur traitement, si leur absence est motivée, si leur famille en est avertie.

"Avoir la charge" c'est donc répondre de tous les moments de la vie, répondre de l'existence même et, lorsqu'il s'agit de malades : du non-suicide.

Aussi la présence des infirmières est-elle constante et centrée sur la pathologie et la relation individuelle : différente en cela de celles des moniteurs dont le terrain d'action est souvent l'extérieur : piscine - stade - cinéma ... dans une perspective de vie normative et de groupe.

Les médecins sont au nombre de vingt quatre, dix sont plus précisément attachés à l'hôpital de Jour mais tendent à centrer leur activité sur la relation duelle, plus que sur la vie du collectif et son analyse.

Les infirmières sont donc leurs interlocutrices privilégiées, elles leur demandent de "voir" les malades.

Cette adresse nous semble contenir un sens tout à fait singulier car elle souligne la place que vient occuper le malade comme objet de prestation dans la relation infirmière - médecin, non encore suffisamment élucidée.

"Voir", ce peut être, suivant le patient ou le thérapeute, une psychothérapie orthodoxe, une poignée de main, un réajustement du traitement médicamenteux.

Mais au-delà des avatars de cette relation se profile la toute puissance du regard médical, qui permet à l'infirmière de réinvestir le malade, élément figuré de son sentiment d'échec et qu'elle donne à "voir".

Nous remarquerons que ce mode singulier de rapport à la pathologie n'est le fait ni des psychologues, ni des assistantes sociales dont les champs restent indépendants de celui du médecin.

Plus loin, nous étudierons le rôle central joué par le personnel attaché à la cuisine et à l'entretien.

Les secrétaires médicales constituent, au moment de l'élaboration de cette étude, comme un "point chaud" conflictuel du collectif : un symptôme.

Nous savons que la propriété d'un tel phénomène est de se déplacer continuellement sous les tentatives de réduction, sa fonction étant celle d'abcès de fixation du non-dit institutionnel.

Situées à l'articulation entre secteurs médical et administratif, les secrétaires sont tenues de rendre compte à celui-ci du fonctionnement de celui-là.

Etant donné l'invulnérabilité du personnage médical dont la pratique est difficilement contestée par le secteur de gestion, ce sont les secrétaires qui supportent le poids de la tension hiérarchique et de ses déplacements.

Nous ne voudrions que pointer ici un trait qui nous semble particulier à ce collectif.

Le dépistage et le traitement des troubles somatiques sont le fait d'un consultant spécialisé en médecine générale.

Le corps malade se trouve ainsi être l'objet de soins de qualité, mais tend à perdre la valeur de médiation qu'il possède dans le cadre hospitalier traditionnel où le premier temps d'investigation clinique est le fait du psychiatre qui y reconnaît souvent un message verbalement informulé.

========

Nous soulignerons à nouveau que ces quelques considérations n'ont de valeur qu'en ce qu'elles permettent de définir le cadre dans lequel s'inscrit notre étude. Cette visée partielle rend compte de leur incomplétude.

Notre observation portant sur un temps délimité, nous tenterons de le replacer dans le contexte historique dont il est issu et de préciser les conditions d'instauration de ce nouveau mode de prise en charge : les groupes quotidiens.

Ce sont les événements du mois de mai 1968 et leurs effets de vérité qui permirent au collectif d'accéder à une parole nouvelle où se redécouvrir et tenter de cerner ses redites et ses manques.

Cette période révolutionnaire eut généralement dans tout milieu institutionnel, un impact comparable à celui d'un dévoilement des éléments préconscients.

Par exemple, les réglements de la loi de 1901 précisent que dans les établissements qu'ils régissent il ne doit être débattu ni de politique ni de religion.

En effet, il n'est guère possible d'interdire de parler de sexualité ou de mort et le tabou politique s'avère suffisant à occulter l'ensemble de ces valeurs fondamentales.

Le mouvement de mai, dans son exigence de redistribution du pouvoir et du savoir remit en circulation les concepts politiques et vint ainsi démasquer ceux de sexe et de mort. Le collectif put alors tenter de se resituer par rapport à ces axes dans un mouvement de dépassement de ses contradictions et de ses mythes.

C'est ainsi qu'à l'hôpital de jour ce "retour du savoir refoulé" donna sens à ce que cinq années de pratique avaient inscrit dans l'expérience de chacun : un relief apparut qui allait rendre compte des lieux d'échanges et de ceux d'opacité.

La demande thérapeutique sembla alors se cristalliser sous la forme d'un projet de groupes quotidiens où pourrait être repris le sens de "l'agi" et du "dit" qui tendait à se perdre dans l'institution.

Une telle démarche se justifiait de l'existence manifeste d'un morcellement des prises en charge, ce fait avait été maintes fois constaté et dénoncé lors des réunions hebdomadaires qui regroupent l'ensemble des soignants.

Non tant celle des moniteurs, cette demande de cohérence semblait être celle des infirmières et des médecins. Leur pratique étant inscrite dans un cadre essentiellement duel, elle pouvait se constituer en mécanisme de protection contre la remise en cause inhérente à tout groupe.

Le mouvement de mai semble, en ce sens, avoir permis un renoncement commun à certains bénéfices secondaires inconscients et en particulier à ce que le savoir exercé sans le contrôle d'autrui peut avoir de défensif à l'égard de nos propres élaborations narcissiques.

========

Mais dans le cas particulier de l'hôpital de Jour, le choix de cette nouvelle forme d'organisation s'inscrivait aussi dans un travail de deuil.

Il correspondait en effet au départ d'un médecin qui avait joué durant trois ans un rôle de référence tout à fait prévalent et dont la formation analytique avait infléchie la pensée institutionnelle vers des formes plus rigoureuses que celles auxquelles elle semblait portée.

Ce personnage très investi, repartait dans son pays d'origine, non sans avoir clairement manifesté son voeu de voir le collectif s'engager dans de nouvelles formes de pratique et avoir contribué à la mise en place des groupes quotidiens qui prenaient de ce fait un caractère de réalisation testamentaire.

La disparition de celui qui inlassablement avait souligné les résistances, semblait permettre à celles-ci de se dissoudre.

Il s'agissait donc de créer des unités permettant une appréhension plus aisée de l'ensemble soignant - soigné en scindant en quatre la masse trop importante qu'il constituait et où tendait à s'effriter toute tentative d'élucidation.

Il semblait qu'ainsi pouvaient prendre sens et être dépassées les multiples conduites d'évitement du fait pathologique auxquelles s'adonnaient soignants et soignés.

La présence simultanée et quotidienne des malades - infirmières - moniteurs - médecins - devait restituer aux relations un cadre structural fondé sur des oppositions différentielles constamment élucidées.

Les malades devaient y trouver un lieu de parole où s'inscrire dans la trame relationnelle et sa mouvance, réexpérimentant leurs propres modes d'investissement au travers des discussions, informations et avatars de la vie du collectif qui ne viennent là que comme support d'un discours dont le sens est ailleurs.

Ainsi les réunions devenaient-elles garant d'une certaine vigilence quant à la continuité des échanges et la souplesse du contexte.

Et les soignants voyaient dans cette praxis une ouverture sur un savoir commun qu'une réévaluation quotidienne devait soustraire à l'obcurantisme coutumier du pouvoir médical.

Le mouvement de mai en libérant la parole dans une exigence de création et de vérité semblait avoir indiqué un au-delà des stéréotypies et des écrans où le collectif trouvait à se réinventer en de nouvelles formes.

L'écriture de ce travail ne procède pas d'un plan traditionnel de démonstration et de linéarité.

Elle est le reflet de notre démarche d'observation qui, limitée à une séquence de deux mois, se fonda sur l'ensemble des faits et dires qu'il nous fut donné de recueillir au niveau du collectif.

Les thèmes analysés sont ceux qui se signalèrent à notre attention par les résonances multiples qu'ils semblaient entretenir aux différents registres de l'institution :
individuel-collectif, soignant-soigné, manifeste-latent, politique et hôtelier etc .....

Dans un premier temps, nous nous situons à la période précédant la mise en pratique des groupes, moment de mutation structurale du collectif, où l'intensité pulsionnelle trouva deux modes singuliers de formulation.

- pour les soignants "comment va s'opérer le choix des participants au groupe ? "
- pour les malades "qu'en est-il du devenir de nos dossiers ? "

Ceci constitue la matière de nos deux premiers chapitres.

Dans un second temps, notre analyse s'appuie sur le discours quotidien des quatre groupes, réunis simultanément chaque matin et comprenant environ trente malades et douze soignants.

L'absence de sujet de discussion préétabli rend plus sensible l'insistance du thème du travail dont nous tenterons de dégager les multiples significations ainsi que la fonction de résistance tant au niveau des malades qu'au niveau des soignants .

Cet abord s'articule sous différents angles qui constituent les sept derniers chapitres de cette étude.

CHAPITRE I

LE MOMENT DU CHOIX -

La semaine qui précéda la mise en pratique des groupes fut dominée par deux moments d'acuité dont nous tenterons de témoigner ici.

- celui où s'opéra la répartition des soignants en quatre équipes : le moment du choix ;
- celui où émergea le thème des dossiers et dont nous parlerons ultérieurement.

========

Dans un premier temps avait eu lieu la formation de quatre groupes de trente malades : ceux dont avaient précédemment la charge deux infirmières.

La solution retenue était celle qui privilégiait la relation malade - infirmière. La relation médecin - malade gardait ainsi ce caractère duel, secret, qui avait été le sien jusqu'alors.

Il restait donc à définir la constitution des équipes de soignants. Le principe d'une cooptation réciproque fut admise. Elle concernait les différentes corporations du personnel : infirmières - médecins - assistantes sociales - moniteurs - ergothérapeutes.

La participation des secrétaires médicales fut demandée, le collectif ayant pris conscience de la place importante qu'elles avaient au regard des malades.

Le personnel administratif ne se manifesta point : ce problème majeur ne fut pas abordé.

Les médecins inaugurèrent le processus.

Un groupe de huit, désireux de prendre une fonction institutionnelle, devait se scinder en quatre couples.

Les non-dits et les hésitations se multiplièrent.

Devant cette situation conflictuelle, quelqu'un émit le voeu de voir quatre d'entre eux - dont le médecin-directeur, prendre un rôle de référence et de stabilité dans chacun des groupes. Cette proposition fut acceptée avec empressement : elle venait là rétablir un ordre hiérarchique que ce nouveau système de cooptation semblait transgresser.

La répartition des quatre autres médecins se fit rapidement dans une atmosphère tendue - on ne put pas parler de choix explicite, mais plutôt de hasard concerté.

Puis, le clan des médecins ayant retrouvé sa cohésion, il put faire part au collectif de son désir de commencer les groupes sous une huitaine de jours.

La nécessité voulait qu'il y eut deux infirmières par groupe. Là aussi la cooptation par affinité semblait possible - Mais bientôt apparurent des tensions qui remirent une telle option en question :

- acuité des difficultés relationnelles, mais surtout
- problème de classe d'ancienneté.

"Certaines avaient davantage de connaissances psychiatriques que d'autres, elles devaient s'associer aux plus jeunes".

Ainsi se faisait jour le même processus de recours à la hiérarchie, déjà perçu chez les médecins.

Ce conflit dura plusieurs jours.

Pour le second temps, celui du choix du groupe par le couple ainsi formé, les infirmières dirent rapidement qu'elles désiraient effectuer un tirage au sort "afin d'éviter que certains médecins ne soient laissés pour compte".

C'est aussi au hasard qu'eurent recours les autres membres du personnel soignant : moniteurs - ergothérapeutes - assistantes sociales - secrétaires médicales.

La directrice administrative fut invitée à y participer. Elle fut seule de ce secteur de l'institution à entrer dans la constitution des groupes.

La séparation médical-administratif venait ainsi se redoubler d'une scission thérapeute - non thérapeute, que la pratique inscrivait désormais dans les faits.

La ligne de rupture qui s'estompait entre médecins et non médecins tendait à se reproduire en se déplaçant, annulant en partie le mouvement de cohésion qui tentait de s'instaurer au sein de la totalité du personnel.

========

Nous retiendrons de cette séquence, la fonction imaginaire du choix :

- être choisi c'était l'être comme objet d'amour,
- être laissé pour compte était vécu comme rejet persécutif,
- choisir exprimait une insoutenable élection.

L'acuité des relations nouées dans l'institution trouvait ici son expression jusqu'alors latente.

Corrélatif de l'angoisse du choix, le temps était appréhendé comme fatalité :

- entrer dans une équipe c'était vivre en elle, isolé du reste de l'institution, dans un temps figé, sans limites : c'était un contrat à vie.
- à l'inverse, réunir les groupes était impératif et urgent, vécu comme protection contre une imaginaire perte d'objet.

L'atmosphère était à l'anxiété, au passage à l'acte et fermait tout accès à la prise de conscience en groupe de la nature des conflits qui le divisaient.

Insoutenables étaient la cooptation et ses références inconscientes à la sexualité.

C'est ainsi que la hiérarchie et le recours au tirage au sort vinrent à la place de ce qui ne pouvait être dit : "J'aime ou je n'aime pas travailler avec un tel, parce que...".

L'institution fonctionnait sur le mode des processus primaires indiquant là l'importance de ce qui était en jeu au niveau du système de choix.

========

Il semble possible de dire ici que la formation des groupes vint mettre en acte un conflit latent dans l'institution. C'est à en déterminer les origines que nous nous arrêterons.

Cela nous renvoie à ce qui, par le passé, constituait le mode de sélection du personnel et surtout celui des malades, en ce sens que, dans le fantasme, ces deux options nous semblent indissociées.

Nous en étudierons successivement les incidences.

La sélection des malades entrant à l'hôpital de jour constitue une position politique et théorique qu'il nous faut considérer attentivement.

Le fonctionnement d'un tel établissement de soins n'est pas sans poser certains paramètres.

Le malade doit pouvoir :

- se rendre chaque jour à l'hôpital,
- utiliser les transports urbains,
- posséder suffisamment d'autonomie pour vivre hors du milieu soignant - le soir - la nuit - le dimanche, tout en continuant à suivre un traitement médicamenteux.

La réunion d'admission étudie chaque semaine les candidatures et tente de dégager les critères qui guident son choix.

Mais, dès qu'un collectif de soins cesse d'être au service d'un secteur géo-démographique donné, il s'expose à voir son mode de sélection des malades infiltré par des systèmes de rejet.

Il est même possible de dire que, dans le fantasme, toute sélection est connotée par la notion de rejet et c'est pourquoi cette position nous semble préjudiciable à toute vie institutionnelle.

Sur un plan politique : à la segrégation de la société à l'égard des malades mentaux, un tel choix ajoute une échelle de valeur insidieuse car de justification prétendue scientifique :

- aigu - chronique
- névrose - psychose
- jeunes - vieux
- alcooliques ou non
- producteur - non producteur
- assuré social ou non,

or, il est soutenable qu'aucune classification nosologique n'est actuellement fondée et que les critères qui y président sont remis en cause par la prise en charge même qui infléchit la symptomatologie.

D'ailleurs l'expérience montre que toute échelle de valeur finit par susciter l'exercice d'une psychiatrie de classe.

Sur un plan théorique : la sélection des malades s'inscrit à l'encontre des projets thérapeutiques en créant, dès l'abord, une situation relationnelle difficile.

Dans une société, où le libre choix du thérapeute par le malade est chose utopique, eu égard à la pénurie de soignants, l'admission à l'hôpital de jour est vécue comme un cadeau puisqu'elle n'est pas un droit.

Le malade, inconsciemment, contracte une dette envers l'institution : il est une "bonne indication", il lui reste à le prouver.

On sait que de tels à priori sont un handicap à l'instauration du processus de soin.

Quant à la sélection elle-même, quels critères inconscients vont y présider ?

Comment ne pas donner aux positions contretransférentielles une valeur opératoire dans la réalité de la vie du malade et de son cursus ?

Quelle que soit la vigilance des soignants, la voie sera ouverte aux fantasmes les plus divers.

Ainsi, un malade me dit un jour : "Il ne faut pas avoir plus de dix ans d'hôpital pour entrer ici".

L'institution aura à s'interroger sur son désir de guérir tel malade pour lequel l'hospitalisation de jour avait paru indiquée et sur sa déception à y échouer.

L'efficacité thérapeutique en psychiatrie étant incertaine, le collectif pourra être tenté de s'épargner cette frustration en choisissant des cas à symptômes curables où en limitant arbitrairement le temps de durée du séjour.

Ce faisant, il se privera de l'indispensable confrontation avec la réalité du fait psychiatrique dans sa totalité complexe.

Car ce n'est qu'en acceptant toute pathologie sous quelle que forme que ce soit qu'une institution peut tenter d'accéder, au travers de l'analyse de ses positions contre-transférentielles, à une connaissance véritable de sa pratique.

Il est par exemple certain, qu'en hôpital de jour, les éthyliques posent un problème de sevrage. Sont-ils pour autant une "mauvaise indication" ? Et indication pour qui ? Le collectif ou le malade ? Faut-il se résoudre à soigner l'alcoolisme au milieu des

champs, alors que la réalité de son drame se joue dans sa famille, la cité et ses cafés ?

========

Il apparaît ainsi, que, quelque soit la réalité des faits, la problématique du choix se situe au niveau de l'imaginaire de l'institution.

Election ou rejet, elle infiltre toute relation d'une charge affective qui la distord.

Elle favorise, au sein du groupe des malades, la mise en circulation de fantasmes classificatoires, supports des critères supposés de leur admission.

Au niveau du groupe des soignants, les mêmes effets se retrouvent.

Jusqu'alors, tout choix d'un nouveau membre du personnel, toute promotion ou augmentation de salaire était le fait d'une entente directe entre la direction et la personne intéressée.

Aucun des critères employés n'était explicite aux yeux des autres membres.

La qualité professionnelle, l'intérêt pour le travail proposé ne semblaient pas entrer en ligne de compte pour le fantasme collectif qui voyait dans ce choix de la direction :

- l'effet de recommandations
- une séduction réciproque.

De même tout départ d'un membre du personnel était vécu comme conséquence d'un conflit caché et toute opposition à la direction comme pouvant être sanctionnée par un renvoi.

L'analyse des fantasmes du collectif et de son investissement du choix semble nous indiquer que toute relation s'établissant dans une institution est dépendante de la structure politique et socio-économique de celle-ci.

Dans un organisme de soins, cette option théorique est centrale car la situation thérapeutique se fonde sur l'élucidation des affects et des systèmes d'occultation du sens.

C'est en cela que le choix et son halo d'imaginaire font problème :

Nous avons vu que la sélection des malades constitue une position discutable eu égard à la politique de santé ; celle du personnel offre un champ privilégié d'application du pouvoir.

En effet, l'institution, soucieuse de se maintenir dans ses formes, sera amenée plus ou moins consciemment à ne pas retenir les candidatures de ceux qui pourraient porter la contestation.

Ce mécanisme de protection à l'égard de ce qui remet en question le collectif est analogue à celui qui segrègue les malades susceptibles d'interpeler les soignants en leur inconscient.

Les relations qui s'établissent dans l'institution porteront la marque de telles options :

- lorsqu'on est admis à se soigner, c'est selon une indication considérée comme bonne.
- lorsqu'on est admis à travailler, c'est suivant des critères supposé-convenir aux normes non écrites du collectif.

Il s'agit ensuite, sans les connaître, de ne pas transgresser ces règles.

Le champ est ouvert à l'imaginaire et aux relations de type persécutif - dépressif ...

C'est cette pathologie que l'instauration des groupes quotidiens est venue mettre en scène : le choix des participants provoque l'apparition de comportements imprévus répondant aux lois "du tout ou rien" et du "maintenant ou jamais".

Etre choisi ou choisir c'est le fait d'un mouvement affectif sans référence à des critères communicables issus d'un ancrage commun dans une pratique.

A méconnaître la nécessité d'expliciter les options qui y président, une institution prend le risque de voir ses problèmes d'embauche et de licenciement se constituer en lieu d'aliénation des échanges du groupe qui y pressent l'application d'une instance d'élection ou de rejet.

L'hôpital de jour, dont nous avons vu que la création fut aussi concrétisation d'un rêve, garde de cette origine le sentiment d'être bon objet à préserver dans ses formes et son statut d'exception.

En ce sens, la sélection de ses membres est un temps primordial car c'est celui où peut surgir l'Autre, malade ou soi-

gnant, contestataire de l'image narcissique en ses incomplétudes.

Les mécanismes de défense trouveront donc à éviter cette confrontation, privant ainsi l'institution des à priori qui semblent actuellement nécessaires à toute pratique psychiatrique :

- la mise au service d'un secteur géo-démographique
- l'élaboration en commun des options présidant au fonctionnement du collectif.

CHAPITRE II

LES DOSSIERS -

A la réunion d'atelier, précédant la mise en pratique des groupes, un thème se fit jour :

Avec violence et insistance, plusieurs malades s'insurgèrent contre le fait que les groupes allaient donner l'accès de leur dossier médical à tous les membres du collectif soignant : c'était "illégal", seuls le médecin traitant et le médecin-directeur avaient le droit de consulter les dossiers. Il y avait "viol du secret médical".

Une pétition de quinze signataires exprima au médecin directeur, l'indignation des malades.

L'anxiété des soignants fut très grande.

Par le passé, tout membre de l'équipe soignante avait accès à la connaissance des dossiers : les infirmières étaient tenues d'y écrire une observation , la psychologue et l'assistante sociale y résumaient leurs entretiens. L'émergence de ce fantasme de viol du secret médical n'en eut que plus de valeur car désinsérée de la réalité des faits connus des malades.

Le mouvement qui domina la réaction du groupe-soignant fut de désarroi et de culpabilité, et bientôt émergèrent plusieurs propositions tendant à répondre aux malades sur un plan de réalité :

- réglementer et limiter la connaissance des dossiers
- en retirer les observations de caractère à révéler des problèmes intimes, etc . . .

========

Qu'est-ce qu'un dossier ?

Un des signataires, Monsieur C . . . , personnage tenant de longue date un rôle de revendication, me dit qu'il faisait toute confiance au corps médical mais qu'il craignait que tel moniteur avec

lequel les relations étaient tendues, ne prenne connaissance de sa vie intime - de sa sexualité.

Il désirait que l'observation médicale soit retirée du dossier, appuyé en cela par son psychanalyste, extérieur au collectif et gardant chez lui les notes issues des entretiens psychothérapiques.

Une autre malade, Melle L ... évoqua les mêmes craintes, mais centrées sur le personnage de son infirmière, en laquelle elle me disait manquer de confiance : "Je ne veux pas qu'elle sache ce que je vous ai dit à propos de mes parents". En fait, elle ne m'en avait rien dit, refusant d'aborder ce thème central.

A l'évidence, le dossier, c'était moins le dit que le non-dit. C'était ce qui parle du sexe - de la mort et de l'oedipe. Le supposé-savoir de moi, son médecin, sa propre histoire inexprimée.

Que le malade prenne connaissance de son propre dossier, c'était la demande, non du malade, mais du psychanalyste de C..., et le remède avancé par le groupe de soignants devant l'angoisse institutionnelle contemporaine de cet épisode.

"Pourquoi ne voulez-vous pas me le montrer ? me disait Melle L... sur un mode ludique ambigu où l'humour qu'elle mettait venait dire que sa demande était transgression et qu'elle ne s'y trompait point.

Lire son propre dossier, c'est se trouver confronté à l'image indéchiffrable de soi - à son double métaphorique.

========

En contrepoint du dossier supposé du malade se dessine le dossier-supposé du collectif en ses instances administratives.

Objet de contrôle de la part du médecin de la Sécurité Sociale : il est réponse à la demande des organismes payeurs. Il doit être tenu à jour quant au courrier, observations, examens somatiques et biologiques.

Il n'est plus que numéro, nom à classer par ordre alphabétique, et en tant que tel, seul représentant du malade aux yeux de tout un secteur du collectif : l'administration.

De n'être qu'objet rangé-ou-sorti, perdu-ou-trouvé, il devient lieu privilégié de traduction du malaise des Secrétaires médicales, dont nous avons vu qu'elles occupent dans la structure hiérarchique une place particulière. "Nous passons notre temps à courir après les dossiers". Le dossier semble alors se constituer en symptôme, signalant au collectif un lieu d'aliénation des échanges.

========

L'instauration de groupes quotidiens en compromettant l'équilibre longtemps sauvegardé de nos méconnaissances, provoque l'anxiété du groupe.

Le secret médical et le dossier se révèlent : ligne de partage entre médecin et non médecin dans la hiérarchie du savoir et c'est cette fonction que les malades soulignent pour traduire leur résistance :

Que les médecins restent dans leur bureau, prennent des notes, conservent leurs convictions nosologiques, mais ne viennent pas mélanger la vie quotidienne et la thérapeutique.

D'une certaine façon le morcellement du groupe soignant est garant des bénéfices inconscients du malade qui trouve ainsi à établir des relations éparses dans le temps et sur les personnes.

Rétablir les échanges - élaborer un savoir commun - c'est aussi offrir aux malades une image cohérente de l'institution. Le dossier peut alors participer de ce mouvement de restitution de l'histoire en sa continuité et son sens. Retrouvant sa fonction première de communication, il quitte celle de lieu résiduel où s'accumule une parole médicale jamais reprise et constituée comme fin en soi. Le diagnostic, outil de réassurance du psychiatre, perd de son pouvoir.

========

L'articulation dossier-pouvoir, nous le retrouvons à deux reprises au cours de cette même période :

- lors d'une réunion du vendredi, me voyant prendre des notes, un moniteur m'interpelle, s'interrogeant sur leur but. "C'est ton dossier qu'elle prépare", répondit quelqu'un.

- trois semaines plus tard, un dossier était égaré. Un conflit éclate entre la direction administrative et les secrétaires médicales. Une employée intérimaire sera congédiée et son statut ne permettant aucune intervention de la part du Comité des représentants, le scandale couvera ; le sentiment d'oppression étant d'autant plus violent que privé de ses voies de contestation ouverte. Le dossier - une fois encore - se trouve être mortifère.

========

Au travers de cette séquence de la vie institutionnelle, il semble possible de préciser la fonction imaginaire du dossier comme signe du lieu de rupture des échanges du collectif.

Symptôme du morcellement des relations, son nom surgit là où s'amorce une tentative de cohésion.

Dans le fantasme, il représente pour les malades, la séparation médecin-non médecin et les bénéfices secondaires qu'elle suscite : méconnaissance de la maladie, relations fragmentaires et fusionnelles.

Pour les soignants, le dossier vient stigmatiser l'aliénation des échanges entre les secteurs administratifs et médicaux.

Dans l'institution, l'administratif n'est pas conçu comme instrument de soin, mais comme organisme de gestion d'une entreprise et garant de sa forme.

Etant au service du secteur médical, sans y participer, il se trouve en position marginale par rapport à la vie institutionnelle et en situation de conflit à son égard.

Le dossier apparaît là, entre ces deux pôles, comme impossible monnaie d'échange et support des contradictions occultes qui président au fonctionnement du collectif.

A être à la fois dossier médical et dossier administratif, il est double représentation d'un même malade selon deux optiques divergentes, analogue en ceci à l'image divisée de lui-même, que le psychotique reçoit de ses parents.

Signifiant des ruptures d'échange, le dossier est aussi traduction des mécanismes de défense de l'institution qui tend toujours à morceler la prise en charge du malade mental, s'épargnant ainsi la confrontation avec la réalité du fait psychiatrique et la difficulté éprouvée à le cerner.

Tel est le risque qu'encourt un collectif de soin qui conçoit son fonctionnement sur la base de secteurs étanches tel que :
thérapeute - non thérapeute.
médical - administratif, etc ...

Il répond aussi au voeu de la société, qui par le canal des organismes officiels, tend à perpétuer dans le collectif, les repères qui cernent la folie.

Mais dans la relation transférentielle, le malade s'adresse à des personnes et non à des fonctions, et inconsciemment il utilisera ce morcellement des rôles pour s'y perdre.

Le dossier - c'est l'écriture fragmentée du groupe, la juxtaposition en facettes des images, des savoirs, des désirs, le reflet des incohérences jumelles du malade et de l'institution.

CHAPITRE III

ELAN, ECOLE OU HOPITAL ?

Dans chacun des quatre groupes, se fit jour une question insistante : "L'Elan est-il école ou hôpital ?"

Les horaires de fonctionnement de l'hôpital de jour, une certaine configuration architecturale étaient-ils seuls à susciter ce rapprochement ?

L'Elan, en se différenciant de l'hôpital psychiatrique et de son statut carceral, semblait glisser vers un autre modèle institutionnel : l'école.

========

Le thème apparut chaque jour durant la première semaine, les malades disaient :

"- Il faudrait multiplier les cours existant à l'Elan"
"- L'Elan permet d'approfondir ses connaissances"
"- On devrait nous donner l'apprentissage d'une technique : le dessin par exemple".

Mademoiselle P ... "déçue par l'hôpital de jour ; il n'y a pas de cours de dactylo. Les pièces sont agréables mais on est démoralisés".

Quelqu'un demande des cours de calcul pour entrer à la S. N. C. F. "c'est comme un train qui se met à rouler. Il faut qu'il y ait un départ et un but. Il faut des cours plus élevés, moins secondaires du niveau BEPC, conduisant à l'enseignement supérieur. Il faut que ça dure plus longtemps".

Ailleurs, on note cet échange :

- "passer des examens avec professeur scolaire",
- "il faut mettre au point un "rattrapage",

Bernard, jeune schizophrène qui prend des leçons de calcul, inlassablement confronté à son impossible appréhension des chiffres :

- "Je suis tombé ici, un peu retardé mental. Je tiens à ce qu'on me pousse. On ne me lancera pas dans un travail, n'importe lequel. Je ne veux pas m'arrêter ici. Je tiens à suivre des cours normalement".

On propose l'électronique.

Puis l'Astronomie.

- "L'Astronomie, il faut être né dedans. C'est un autre pays".

Dans un autre groupe, Boris s'intéresse à la pharmacie de l'Elan comme centre de formation.

"La pharmacie produit les médicaments pour les malades. Ce sont les infirmières qui les fabriquent". Devant les objections du groupe, il précise, irrité :

"Les internes apprennent le métier de médecin - Les internes sont comme les malades et réciproquement. Je suis abandonné par ma soeur, elle veut que je travaille et non que j'étudie. Si tout le monde est de son avis, j'irai du côté de la fatalité".

Et devant le silence, il reprend déçu :

"Je serai obligé de partir au CANADA pour faire pharmacie. On a pas le point d'interrogation bien placé dans le groupe. On ne se pose pas la question comme il faut. La pharmacie c'est facile, car la médecine est très attrayante pour moi".

C'est bien sur le point d'interrogation et sa place, que nous nous arrêterons.

Cette demande de connaissances théoriques, cette demande pédagogique, à quelle position nous renvoie-t-elle ?

Le ton est celui de l'inquiètude, de la déception où se glisse un appel indéchiffrable.

A qui s'adresse-t-il ?

Le professeur-soignant qui se profile ici, c'est aussi le rappel d'un certain type d'échange :

"Si vous voulez que nous parlions, ce sera sur le mode enseignants-enseignés", semblent-ils nous dire.

"Dans tous les cas, nous y sommes obligés", affirment-ils.

Arguer de l'obligation, c'est justifier sa présence au groupe :

"On nous a obligés à venir le matin".
"On nous force à connaître des gens".

C'est rester passif devant notre désir, mais c'est accepter de rester.

Dès le premier jour, Bernard dit :

"Le groupe ne sert à rien. Ils ne peuvent pas trouver de solutions à mes problèmes. Dans ces réunions, je ne peux rien dire. Il y a des personnes qui me gênent. Je ne serai pas gêné si j'avais le Dr F. et non le Dr R.".

Son infirmière lui répond :

"Si tu as envie d'aller chez le Dr F. tu peux. Le groupe, ce n'est pas une prison".

Bernard entrant en colère, angoissé :

"Je n'irai pas. Je veux mon docteur, mon infirmière, mes copains".

Ici, l'obligation dont il s'agit, c'est bien celle de Bernard, de son ambivalence constante, de sa demande d'amour en sa formulation paradoxale.

L'obligation c'est aussi la contrainte de la folie à répéter constamment des relations possessives où chacun ne reconnaît en l'autre que l'impossible objet de son tourment :

C'est cette reproduction obligée des relations familiales.

"Cours de rattrapage", "apprentissage". Au travers de ces thèmes, les malades viennent à souligner la faille, le retard, le manque dont ils sont porteurs.

A nos yeux, ils se constituent en objet d'incomplétude, lieu d'angoisse, de restauration impossible. Ils semblent nous assigner, auprès d'eux, cette place qui est celle de leurs parents.

Echouant à s'identifier à leur enfant malade, ceux-ci se réfugient dans une attitude pédagogique, s'épargnant ainsi la question fondamentale de l'origine du drame :

- au lieu de paroles pleines, ils donnent des conseils,
- à la place de soins, ils préconisent le travail.

L'orthopédie vient là où devait surgir la parole.

Mais Boris et son école folle nous indiquent le sens sous-jacent à son projet d'études en pharmacie :
"études prolongées, rester au laboratoire de l'Elan, fabriquer des comprimés avec son infirmière".

Il s'agit de renouer une relation duelle maternelle archaïque où faire des choses ensemble.

Que sa soeur lui demande de reprendre le travail : c'est l'abandon.

Que nous contestions son projet et il ne lui reste que le CANADA et la fatalité.

Que représente une pharmacie pour Boris ?

Complexe et imaginaire construction qu'il utilise à combler le vide de cet avenir proche et opaque où se focalisent les angoisses parentales, les nôtres et les siennes.

Pouvoir d'un MOT dont on pressent toute la valeur secrète issue des rêves, des délires et de réminiscences.

Image où projeter les incertitudes de ce monde intérieur où manquent les repères identificatoires.

Boris nous dit :

"Plus tard, je serai pharmacien"

car se situer dans le lendemain c'est, dès aujourd'hui, tenter de se reconnaître comme existant.

C'est d'une certaine façon interroger notre position face à son "sentiment d'être" toujours évanescent.

Et la pharmacie n'est ici que théâtre privilégié du transfert : les infirmières fabriquent des comprimés que les médecins prescrivent et lui, vient s'insérer dans cette ébauche de relation symbolique.

La demande de connaissances est demande de savoir sur les comprimés.

Qu'en est-il du savoir sur le sexe ?

Mais les investigations de Boris sont surtout interrogations sur lui-même : que suis-je pour vous ? Et quel est mon devenir dans cette relation qui vient à s'instaurer ?

========

Bernard me dit sa passion pour le cinéma.

Il se rend à plusieurs séances par semaine et en ressort enrichi de nouvelles images, de détails infimes et éblouissants, d'incommunicables émotions.

Le sens global le laisse indifférent.

Les thèmes du film sont pour lui matière à reconstruction et à fantasmes qu'il nous livre volontiers, dans une langue belle, évocatrice et d'une poésie certaine.

Agé de dix neuf ans, de passé psychotique, il ne parle que de ces études interrompues au B. E. P. C., de la nécessité de les reprendre pour devenir réalisateur de cinéma, son seul et unique projet.

"La Conseillère du travail lui a dit : "L'I. D. E. C. c'est peut-être un peu difficile pour vous".

"Ce n'est pas vrai, la physique par exemple, personne n'y comprend rien, on complique tout.
Pourtant, la physique c'est simple, c'est la liberté, la géographie aussi.
Il faut s'y laisser glisser, comme dans une pièce de théâtre, avec des scènes et des dialogues.
Moi, je n'ai pas d'inquiètude, je me prépare au bachot, ensuite j'irai à l'école universelle, puis l'I. D. E. C.
C'est long, mais je ne suis pas pressé".

La liberté, ce mot revient souvent lorsque Bernard parle et il l'attribue surtout à la caméra : ce double de lui-même. Longuement, il me décrira cet objet fascinant qui toujours se déplace, regardant le monde sous des angles choisis et insolites "des angles psychologiques" dit-il.

Travelling, contrechamps, ces termes techniques sont beaux et ouvrent des fantasmes, des scènes que Bernard décrit sans fin dans une tentative toujours déçue de trouver une complétude à ce monde magique.

Néanmoins, il me dira que son rôle de prédilection reste celui du "découpage" des films.

Je ne sais guère quel sens Bernard met sous ce terme mais les planches dessinées du livre qu'il me montre sont celles de figures humaines quadrillées et fragmentées.

Vouloir être réalisateur de cinéma lorsqu'on est schizophrène, c'est tenter d'exprimer sa solitaire vision du monde, ses images insolites, son propre morcellement.

C'est surtout nous le donner à voir sous une forme métaphorique, car la connaissance de lui-même il l'attend de nous en tant que nous sommes l'image médiatisante nécessaire à l'avènement de son identité, toujours incertaine, perdue dans le monde destructeur de ses fantasmes.

Mais le cinéma pour Bernard, c'est aussi son propre père, dont c'est la profession.

Et en s'identifiant à la caméra, il tend à participer de la relation de capture imaginaire qui lie le père à l'objet de son désir.

Nous voyons que la demande d'étude vient à la place de l'impossible question de son rejet et que tous les cours de l'I.D.E.C. et la pédagogie sont impuissants à y répondre.

Son appel, Bernard saura d'ailleurs me le faire entendre :

"J'ai demandé à mon infirmière quand j'allai guérir. Elle m'a répondu : "quand tu conviendras du fait que tu es malade".
Pour moi, être malade, c'est être hors du monde.
Est-ce qu'ils viendront me soigner, si je leur dis ? "

========

Ces quelques observations, nous semblent éclairer la demande pédagogique de ce que les malades y placent d'interrogation sur la nature de leur relation à l'autre, à nous en l'occurence.

Le modèle professeur-élève vient, tel un masque fait de réminiscences scolaires, questionner notre désir et notre tolérance à supporter leur appel. Car la possibilité de nous investir dans le transfert est bien ce dont le psychotique a le plus besoin, mais c'est aussi ce dont il se protège.

Mobilisé par notre présence et notre écoute, il se sent amené à quitter ses positions défensives en ce repli prétendu indifférent.

Il ne le fait que par approches et reculs successifs, testant ainsi notre propre engagement dans cette aventure. Ce n'est qu'à saisir, dans la relation, le sens de ces oscillations que nous pourrons comprendre le flux et reflux des investissements et parler d'ambivalence. Car ces mouvements sont ici d'une extrême intensité et disent toute l'angoisse du psychotique : la plus singulière qui se puisse vivre.

Ce que nous lui proposons c'est de quitter ce terrain de compromis pour tenter avec nous de réexpérimenter ses relations

au monde. Il s'agit pour lui de choisir à nouveau l'angoisse dont il se protégeait, subir les émotions et les émergences pulsionnelles, se trouver confronté à ses intolérables images intérieures, dont nous devenons le support.

A nous demander d'être les professeurs et eux les élèves, les malades soulignent l'importance de cette distance relationnelle, dont ils échouent à maintenir la constance.

Entre eux et nous, cet écart est tel, qu'ils en éprouvent avec acuité le trop ou le trop peu, passant inlassablement du danger fusionnel à l'esseulement dramatique qui les laisse vides de tout sentiment d'exister.

Trouver l'exacte distance relationnelle doit être notre souci et les malades nous indiquent quel à priori ils y mettent :

"L'enseignement secondaire, puis l'enseignement supérieur, il faut que ça dure longtemps".

Ce lent avènement d'eux-mêmes au travers de la découverte et la reconnaissance des autres, ils ne le tenterons que si nous pouvons supporter le temps illimité qu'il implique.

Soigner, c'est ici renoncer à n'en jamais voir des effets exemplaires. C'est à cette acceptation de leur drame et à son partage que les malades nous invitent.

Ils empruntent la formulation d'une demande pédagogique car notre parole est celle qui doit leur permettre de se situer, dans la mesure où nous réussissons à nous départir de nos principes éducatifs, ces formes bien assises de notre activité psychique.

Sortir de ces impasses, c'est proposer au malade une relation où il puisse éprouver ses émotions et ses pulsions sans qu'elles en soient menaçantes pour son intégrité ou celle de l'objet. C'est comprendre ses besoins, le lui montrer et non les assouvir. Si nous ne pouvons tolérer en nous l'effet de son ambivalence, nous serons tentés de répondre dans la réalité au niveau du besoin manifesté, masquant ainsi l'émergence de ce que le sujet n'avait pu encore exprimer de son drame. La multiplication des cours se constitue alors en mécanisme de défense de l'institution, telle une répression pédagogique de la folie.

Ainsi tend-on à perpétuer la confusion entre besoin et désir.

"La frustration de la demande est le seul moyen dont dispose l'analyste pour provoquer la régression du sujet d'un signifiant à l'autre de sa demande, et par cette régression, atteindre le signifiant premier et inconscient du désir.
Par ce même mouvement aussi, l'analysé se dépossède progressivement de toutes les formes de son moi, où il s'est construit dans

l'imaginaire par identifications successives aux images spéculaires de son être.
L'agressivité de l'analysé tient à cette dépossession croissante de soi".

A. LEMAIRE

Choisir la frustration c'est, pour les soignants, affirmer que leur présence, leur attention, leur vigilence n'ont pas besoin de la pédagogie pour se soutenir.

Renoncer à répondre dans la réalité, c'est ne pas "tout faire pour le bien du malade", c'est s'accepter comme manque et laisser le sujet se structurer dans la propre dialectique de son désir.

"Toute intervention normalisante de l'adulte ne peut que figer l'enfant dans un comportement régressif qu'il a choisi pour rester dans ce qu'il croit être le désir de la mère".

M. MANNONI

CHAPITRE IV

LA REPRISE DU TRAVAIL -

Thème voisin, mais dont l'adresse aux soignants s'avère différente : le projet de reprise de travail.

Chaque groupe l'a vu apparaître et jamais sa formulation ne vint sans envahir un long temps de séance.

Boris nous dira :

"Si tout le monde était rentier, tout le monde mourrait. Il n'y aurait pas de maisons, pas de guérison, pas à manger. Il est nécessaire de travailler à tout âge".

Mademoiselle S..., 35 ans, très assidue au groupe, écoute, vigilante, réprobatrice.

A chaque fois qu'émergent des thèmes ayant trait à des problèmes personnels, elle reprend d'une voix forte :

"Laissons tout cela. Parlons de travail".

A plusieurs reprises, elle nous décrit sa situation : mère d'un petit garçon, placé en nourrice, elle vit seule à PARIS, aidée financièrement par son frère. Son métier est celui de sténo-dactylo ; elle a cessé de l'exercer voici deux ans. Depuis, soignée en hôpital, puis à l'Elan, elle dit n'être occupée que de sa reprise de travail.

Cette séquence maintes fois insérée dans le discours du groupe, venant à couper un silence tendu ou un échange difficile, est toujours reçue avec une certaine perplexité.

Sous-jacents à cette forme simple, toujours identique, les non-dits sont là, pesants.

Et pourtant, le groupe figé, ne semble oser préciser son interrogation et reste en proie à l'on ne sait quel conflit.

Au cours d'autres séances, Melle S ... ajoutera :

"On m'interdit de travailler".

Puis elle nous décrira sa démarche au bureau de placement : les nombreuses feuilles à remplir, les échanges difficiles avec une employée qui voulait avoir la justification de son arrêt de travail.

"Quand elle apprit que j'étais soignée ici, elle m'a regardée".

Tout est là dans cette séquence, pour constituer ce précieux écran qu'est la reprise de travail :

- l'absence d'argent,
- la maladie mentale comme handicap aux yeux de la société.
- le chômage.

Le groupe est fasciné par cette formulation qui replace les pulsions dangereuses du côté de la société et rend au malade un statut d'objet bon et victime.

C'est Melle S ... qui réintroduira la dimension de la maladie, en nous ouvrant son monde délirant : elle est l'objet de persécution de la part de son frère et de nombreuses personnes de la maison. La sécurité sociale participe à ce complot. Le "on m'interdit de travailler" se base sur une suspicion délirante : "c'est parce que je n'ai plus mes parents, vous comprenez".

========

La reprise de travail, moment pivot de la relation thérapeutique, est souvent mouvement de double rejet :

- celui des soignants qui laissent partir le malade,
- celui de la société qui tend à le refouler.

Le conflit qu'il suscite chez les soignants est en partie lié à l'ambiguité de la situation de travailleur en psychiatrie et à sa double appartenance :

- celle de soignants mis au service des malades,
- celle de fonctionnaires payés par la société pour assurer un système de protection à l'égard de la folie.

C'est à souligner cette possible contradiction que les malades nous invitent au travers du thème de la reprise de travail.

Mais c'est précisément la collusion des deux plans :

- celui du politique,

- celui de la demande individuelle,
qui rend toute émergence du sens impossible.

Lorsque Melle S ... nous parle de travail, nous entendons départ.

Pour elle : ce départ impossible vers un travail déréel, au sein d'un réseau de persécuteurs, chaque jour plus nombreux.

Pour nous : la dépossession - frustration d'un objet imaginaire que constitue toujours le malade et que son départ vient actualiser.

Pour elle, comme pour nous, c'est le moment où la relation transférentielle réciproque vient à s'interrompre.

Parler de reprise de travail, c'est se prémunir contre l'angoisse de cette séparation , répétition de ruptures antérieures.

C'est reproduire de façon active, ce que l'on a autrefois subi passivement. C'est se préparer à un travail de deuil.

Car la pensée s'est faite concrète à l'image de celle du rêve et les fantasmes en sont les seuls critères.

Ainsi partir, c'est ne plus voir, c'est tuer ou être tué.

Le moment où lui est proposé l'instauration d'une relation est précisément celui que le malade choisit pour parler de son départ, réalisant lui-même l'abandon qu'il redoute.

Il semble ainsi se prémunir contre l'angoisse de ces désinvestissements massifs qui le laissent inhabité.

La demande de travail c'est bien ici le paradoxe de la demande de soins.

C'est le masque, la parole chiffrée sous laquelle le malade interroge notre désir, notre capacité de supporter la séparation et de renoncer à lui comme objet d'une relation fusionnelle.

========

Entendre cet appel, les soignants ne le pourront qu'après avoir élucidé leurs propres positions à l'égard du fait psychiatrique et de sa spécificité.

Qu'en est-il de la psychose ?

Qu'est-ce que l'aliénation ?

Quelle est l'incidence du fait social sur l'individu ?

- Etre aliéné c'est être hors de soi, privé de l'accès à son propre statut de sujet.

C'est entretenir avec le langage et la communication des rapports singuliers tels que la relation à l'Autre soit celle d'une capture imaginaire.

Entendre le discours du malade c'est aussi se situer au niveau même de son mode d'expression et d'existence sans méconnaître ce qu'il en est de son statut social.

Le fou n'est pas désinséré de son milieu mais du système de valeur de celui-ci.

Il est inséré dans la structure comme élément d'opposition. Il est l'altérité qui permet l'avènement des différences, par où la société élabore ses normes, se reconnaît et se perpétue. Il est l'insensé qui permet à celui qui le dévisage de se reconnaître comme un être sensé.

Le niveau normatif, dont il s'agit ici, apparaît bien posé à l'homme, par l'intermédiaire de la folie de l'autre : ce lieu privilégié où méconnaître sa propre vérité.

Le non-sens que le fou véhicule, nous l'utilisons en ce qu'il est représentation de scandale pour mieux dénier l'intolérable et l'étrangeté qui s'attache à notre propre réalité psychique.

L'inconscient comme discours du Je, c'est bien cet autre discordant que notre bonne conscience, c'est-à-dire notre moi, refoule ou projette sur autrui.

"De l'homme à l'homme vrai le chemin passe par l'homme fou" - Michel Foucault.

La psychose est d'une certaine façon, perte de soi par suite de la perte de l'autre dans son altérité.

Une approche psychothérapique sera celle qui réintroduira dans l'univers du malade les paroles vraies qui n'y ont pas eu cours et permettra la reconnaissance d'autrui par delà l'image spéculaire et les systèmes de projection aliénants. Sans prétendre à la réparation d'une faille ni à la restitution d'un objet perdu, soigner c'est donner au malade l'occasion de se repérer dans un champ où les images identificatoires soient symbolisables et où les systèmes d'échanges véhiculent un sens qui puisse être repris.

Un souci constant d'organisation concrète et de mise en forme des relations, constitue le collectif en une trame sans cesse remaniée et qu'un travail d'élucidation et d'avènement de la parole

fonde comme lieu de vie essentiellement différent de la scène familiale.

Pourtant ce n'est pas l'organisation qui est primordiale mais, en quelque sorte, sa secondarité, car il ne s'agit pas de substituer un ordre fixiste à ce que l'irrationnel véhicule d'imprévu et de tortueux.

Dans un collectif, l'organisation ne doit être qu'une vigilance constante à l'accueil du sens.

"Il est rare en effet qu'on ne perçoive pas derrière un symptôme, un certain désordre familial.

Cependant, il n'est pas certain que ce désordre familial soit, par lui-même, une relation directe de cause à effet avec les troubles de l'enfant.

Ce qui apparaît comme nuisible au sujet, c'est le refus des parents de voir ce désordre, leur effort en parole, pour y substituer un ordre qui n'en est pas un".

M. MANNONI

C'est la fonction analytique du collectif qui donne au malade et à chacun la possibilité de déjouer ce leurre, c'est elle aussi qui devra lui permettre de se situer par rapport aux instances sociales : la religion, le travail, la loi de l'offre et de la demande.

La société de consommation dit :

"Tout être normal est producteur et consommateur".

Ainsi fait-elle surgir deux couples métonymiques :

. maladie mentale - chômage
. guérison - travail.

La notion de normalité et celle de maladie s'y trouvent privées de leur référence à la réalité psychique.

De même se pose aux soignants, auxquels la société délègue ses pouvoirs, la question d'une double appartenance :

. être gardien réadaptateur,
. auditeur de l'inconscient.

Prendre conscience de cette contradiction-interne, inhérente à la profession de travailleur psychiatrique, c'est déjà accepter d'en être marqué.

C'est orienter son action sur les deux plans distincts et indissociables de la politique et de la réflexion théorique, renonçant ainsi aux bénéfices imaginaires du perfectionnisme.

Afin que l'ambiguité de notre identité cesse de constituer un écran à la connaissance de la maladie et à son traitement, il faut qu'un même mouvement de dévoilement du sens vienne à s'opérer dans les malades comme en nous.

Pour les soignants, c'est tenter d'être sujet de leur désir : pourquoi avoir choisi cette profession ?
que représente pour moi ce personnage social ?
quel manque en moi vient-il combler ?
quel manque en moi le départ du malade vient-il accentuer ?

Pour le malade, afin que s'instaure en lui le processus de soin, il faut que se dissocie le couple travail - rejet, et que sa demande individuelle puisse venir s'articuler avec la demande du groupe.

========

Il semble donc qu'indissociables du projet thérapeutique en institution, une connaissance politique et une information constante doivent éclairer au-delà des murs de l'hôpital, la réalité que celui-ci tend toujours à méconnaître.

Nous savons que les problèmes sociaux et ceux de la folie relèvent d'une même intrication historique, inaugurée à l'époque classique et jamais démentie, et dont la déviance et l'asile sont les devenirs communs.

La société ne saurait être perçue comme cadre où s'inscrit la maladie mais comme le lieu et le moule de la folie dont elle détermine en partie l'expression.

Pour atteindre la formulation de l'inconscient individuel, il faudra décrypter les systèmes proposés comme modèles par la société.

L'aliénation sociale apparaît donc comme le support de l'aliénation mentale, que d'une certaine façon elle infléchit dans sa forme en la situant dans une relation tolérant-toléré.

Si l'anthropologue et le psychanalyste se proposent tous deux la connaissance de l'inconscient, il n'en demeure pas moins que le passage du collectif à l'individuel procède de systèmes de transformation multiples et que la distinction de ces deux plans reste fondamentale.

"Le domaine du pathologique ne se confond jamais avec le domaine de l'individuel puisque les différents types de troubles se rangent en catégories, admettent une classification et que les formes prédominantes ne sont pas les mêmes, selon les sociétés et selon tel ou tel moment de l'histoire d'une même société.

La réduction du social au psychologique tentée par certains par l'intermédiaire de la psycho-pathologie serait encore plus illusoire que nous ne l'avons admis jusqu'à présent, si l'on devait reconnaître que chaque société possède des formes préférées de troubles mentaux et que ceux-ci ne sont pas, moins que les formes normales, fonction d'un ordre collectif que l'exception même ne laisse pas indifférent".

Claude LEVI-STRAUSS (Introduction à l'oeuvre de M. MAUSS).

========

Le thème de la reprise de travail vient donc centrer l'attention sur cette articulation social-individuel, ce lieu privilégié de la méconnaissance des soignants.

L'interrogation qu'elle suscite a souvent trouvé une issue dans des positions imaginaires : les thérapeutes ne savent guère renoncer à guérir ou à réadapter.

Ces deux options nous semblent grévées par la mise en exercice d'une échelle de valeur où les critères de normalité issus du contexte socio-culturel sont pris pour référence dans la relation thérapeutique. Dans une telle situation, il n'y a plus de place pour le désir du malade, car nous le voulons conforme au nôtre.

"Le sujet n'a pas à se constituer par la parole, ni à se faire reconnaître à travers elle, on lui demande de vivre cette expérience rationnelle afin de s'adapter à un style de vie reconnu comme normal".

M. MANNONI.

A l'hôpital de jour cette vocation de guérir et réadapter semble être l'héritage de l'humanisme psychiatrique des années 50 qui tentait de restituer au fou un statut de sujet social.

A l'arrière plan de ce projet semblait se dessiner comme un mouvement de désaliénation du sujet, mais à peine eut-il affleuré, qu'il s'est vu à nouveau enfermé dans le social.

En ce sens, la réadaptation est issue de la lutte contre la ségrégation, elle en est la force opposée mais procède, de ce

fait, d'une même fascination par la société, devenue référence prévalente aux dépens de la reconnaissance des processus inconscients.

Après avoir été lieu d'oubli, le fou devient l'enjeu d'orthopédies savantes, mais ses rapports à la vérité restent sensiblement inchangés.

"... Mais près du malade comme dans l'institution, le psychiatre reste à sa manière l'héritier d'un rôle de "défenseur du pauvre et de l'affligé".

Ses pauvres et affligés sont ceux qui n'ont pas la parole et ne la veulent pas, malades du danger qu'elle leur ferait courir.

Le psychiatre a mission pour les soigner et en les soignant de les écouter et de parler pour eux, en leur nom. Que s'il lui faut, pour se réconforter, faire parfois figure de riche, libérateur et généreux, qu'il se rassure : lui et ses malades trouveront toujours, parmi ses collègues et leurs malades, plus pauvres, plus "segrégués" que lui".

Hélène CHAIGNEAU.

CHAPITRE V

A L'ECOUTE DE LA PAROLE -

Le mardi, second jour de pratique des groupes, Boris reprend son monologue.

Il nous avait dit la veille, qu'oublier le passé n'était pas chose possible, après 17 ans d'hôpital.

Ce matin, il ressent le besoin de poursuivre le thème de la séance d'hier et me demande de le lui rappeler. Quelqu'un lui dit qu'il s'agissait de réadaptation.

Longuement se déroule son discours, convaincu, abstrait, où l'apparence rationnelle prend au piège l'oreille peu attentive, la décevant par un hermétisme constant, inattendu en regard de la construction rigoureuse de la phrase.

Les thèmes persécutifs et professionnels, les formules percutantes, laissent passer je ne sais quelle tentative obstinée de se faire entendre d'on ne sait qui: de quelqu'un en qui nous ne nous reconnaissons pas.

L'angoisse fige chacun.

Monsieur G ..., assis dans un coin, rouge, haletant, s'écroule à terre, agité de mouvements cloniques.

Le groupe se scinde. Les soignants retrouvent leurs gestes professionnels pour traiter M. G ... comme un épileptique, les malades silencieux, immobiles, attendent.

Monsieur G ... ayant terminé sa crise atypique, sera emmené à l'infirmerie.

Le groupe, sans faire allusion à l'incident, se poursuivra. Boris dit alors que "l'Elan gagnerait à être une école un peu plus sérieuse où certains médecins pourraient être utiles, car il y a des malades qui ne peuvent se passer de leur présence".

Il s'arrête, hésitant "ça semble gêner les autres ce que je dis, est-ce que je peux parler ? Ça a gêné G ...".

G ..., par delà les mots, avait trouvé à dire la métaphore de notre "malaise".

Le groupe morcelé par l'angoisse, sans geste ni regard, laissait se déployer la parole de Boris.

Les soignants détenaient la bienheureuse non directivité, les malades gardaient une extrême attention.

========

Dans la réunion dite de "post-groupe", la même gêne se perpétua durant plusieurs jours.

Nous tentions de cerner la difficulté persistante des échanges, chacun disant sa déception, son ennui :

- nous connaissions mal les malades, leur nom.
- nous ne nous soucions pas des absents.
- après le groupe, nous nous dispersions sans prêter attention au devenir de l'autre durant le reste de la journée.
- nos propres absences n'étaient ni annoncées, ni commentées.

En fait, cette heure passée ensemble le matin, restait une séquence isolée de la vie institutionnelle, et cela en contradiction avec le projet conscient que s'était donné le collectif.

Peu à peu un thème se précisa :

- nous avions peur de contredire les malades,
- peur de les blesser - peur qu'ils ne reviennent plus.

Les soignants vivaient sur un mode psychotique, luttant contre l'émergence de leurs pulsions.

Finalement apparut le fantasme que seuls, les médecins savaient ce qu'il en était des malades, du groupe et de son devenir. Les autres ne pouvaient que ne pas nuire.

"Nous n'avons pas d'expérience. Nous ne connaissons pas la technique".
"Que nous faut-il dire ?

Les secrétaires désiraient prendre des notes, car hormis ce rôle, elles se refusaient toute compétence.

Les médecins pris dans ce réseau imaginaire, en référaient à des problèmes théoriques où projeter leur désaccord. Confronté à la parole psychotique, atteint dans son identité même, chacun tentait de se soustraire à cette mise en cause et faisait appel aux protections imaginaires des figures médicales en cette instance hiérarchique où savoir et pouvoir semblent indissociés.

Le dévoilement de telles positions fantasmatiques fut contemporain d'une sédation de l'anxiété des soignants.

Nous primes conscience que le discours de Boris, scandale de la folie, avait été isolé, refoulé et non entendu, laissant intacte la ligne de partage qui distingue les champs de l'aliénation de ceux de la normalité.

Monsieur G ... et son hystérie avaient fourni au groupe l'occasion de choisir le corps sous cette forme privilégiée qu'est l'épilepsie, consolation des psychiatres.

Le savoir sur le corps malade restituait aux soignants le pouvoir que le discours fou conteste avec force : médecins et infirmières retrouvaient leur rôle traditionnel.

C'est l'angoisse vécue en groupe, face à l'énigme psychotique qui permit que nous nous interrogions sur notre difficulté à entendre. Celle-ci vient témoigner de nos résistances à nous laisser interpéler dans notre inconscient et à suivre le malade dans son parcours angoissant et contradictoire.

Lorsque Boris parle, chaque mot, chargé de conviction, se veut preuve en lui-même d'une vérité à nous, toujours obscure. L'entendre c'est accepter d'être en proie à la subversion dans sa raison, son confort et son rôle, c'est se laisser marquer par le "message".

Chacun d'entre nous confronté au non sens tente de sauvegarder sa cohésion en en référant à la hiérarchie imaginaire des savoirs : "l'autre en sait davantage". Il suffit de ne rien dire - ne pas bouger - attendre".

La dépendance et la passivité constituent les bénéfices secondaires de cette abdication réelle dont le rôle est de protéger de dangers qui ne sont que dans le fantasme.

C'est bien là un marché de dupe de la névrose. Ne rien savoir, c'est aussi ne rien vouloir savoir de son inconscient.

Ici apparaît la fonction de la hiérarchie, système de projection des différences, mais qui tend toujours à glisser vers une architecture défensive où le groupe tente de se soustraire à la proximité de la folie et à l'implication qu'elle suscite.

Le pouvoir y trouve ainsi la justification de ses réactions de prestance, invitant le collectif à perpétuer un mode de relation de type persécutif-dépressif.

========

Ne peut-on dire que ces positions sont soutendues par le contexte culturel et politique de la psychiatrie ?

Dans les services hospitaliers en général, il y a collusion entre l'échelle supposée des savoirs-sur-la-folie et l'échelle des pouvoirs officiels : médecins-directeurs, médecins, infirmières, moniteurs, secrétaires etc ...

Les malades ne participant d'aucun pouvoir, ni savoir reconnu.

Le seul ayant cours est le savoir médical transmis sur un mode scolaire : du sachant plus au sachant moins.

La pratique quotidienne de la fonction soignante ne donne accès, chez infirmières, moniteurs, secrétaires, etc ..., à aucune élaboration théorique pouvant constituer un système d'échange de valeurs, spécifique de leur profession.

Par exemple, l'enseignement des infirmières est le fait des médecins qui leur transmettent la "science" médicale sous une forme simplifiée, édulcorée.

Il n'y a pas mise en circulation ni reconnaissance du savoir infirmier existant.

La réalité politique de cette dépendance culturelle et la hiérarchie qu'elle soutient viennent redoubler les mécanismes de défense des institutions à l'égard de la folie et de son intolérable expression.

Le malade reste isolé, objet de la science psychiatrique et de son cortège de classification nosologique. Il n'est pas reconnu comme sujet, lieu de parole et vecteur de connaissances.

Lorsque la transmission du savoir psychiatrique se fait de haut en bas d'une échelle hiérarchique sur le modèle de l'apprentissage d'une langue morte, la spécificité de la folie reste absolument méconnue.

Son approche procède d'une démarche singulière, originale, née de l'instauration d'une relation transférentielle et de l'analyse de ses effets.

"Vous ne connaissez pas votre métier, vous ne savez pas m'écouter, vous avez des vacances intellectuelles", me disait un malade dans un pavillon où j'étais interne .

Personne, de fait, ne m'en dit plus que lui sur la schizophrénie.

Ainsi, récemment : "Les américains connaissent mieux les mots, l'importance du verbe que ne le font les français".

"Par exemple, pour soigner le mal de mer, ils emploient la Dramamine (drame à Miami) alors que les français ne connaissent que la Nautamine. Not ? Qu'est-ce que ça veut dire ? "

Langage défendu par tout un symbolisme où se perd notre pensée rationnelle. Fascination poétique du non-sens à laquelle il importe de renoncer pour laisser derrière la parole, surgir la vérité.

Entendre la demande là où elle se situe c'est aller au-delà du plan des rôles et de l'imaginaire.

"Si on ne franchit pas son propre désir, on ne rencontre de l'autre que son image, on ne peut atteindre à une communication authentique. C'est une relation de leurre. Une négation de la demande de l'autre en même temps qu'un refus de sa propre demande. C'est s'adresser à un autre qu'on a falsifié et nier à soi-même la dysharmonie entre son propre désir et sa demande - se situer hors de la réalité qui est l'existence de la demande de l'autre".

Ginette MICHAUD

Une telle position analytique peut-elle s'entendre dans un milieu de soins dont l'organisation ne serait sans cesse repensée en fonction de cette écoute ?

========

Au travers des fantasmes du groupe-soignant, nous tenterons de distinguer quel mode de traduction prennent les résistances et comment une certaine utilisation des positions hiérarchiques vient occulter toute compréhension de la situation transférentielle.

Chacun voit en l'autre non une personne, mais une fonction inscrite dans la hiérarchie et connotée par le savoir.

Dans le même temps, il se trouve pris au piège de cette structure fantasmatique : on joue au médecin - à l'infirmière -

Se trouver en groupe avec des psychotiques donne un sentiment de danger car le mode d'échange est infiltré d'ambivalence pulsionnelle.

La parole est meurtrière et se heurte à la peur, l'exclusion ou le rejet.

Les séances sont jalonnées de silences tendus suscitant des positions persécutives ou dépressives.

Chacun semble mesurer ses paroles au niveau supposé de tolérance de l'Autre, support de ses fantasmes.

Les malades figés dans une attente anxieuse semblent prêts à se réfugier définitivement dans la psychose et les architectures fantasmatiques.

Le discours se poursuit, clos, stéréotypé.

Cette situation réveille en nous une angoisse archaïque qui atteint un matériel profond, difficilement contrôlable.

Les rapports du groupe sont ceux de la fascination imaginaire. Chacun affrontant l'autre au travers de l'image qu'il projette sur lui.

Cette symétrie spéculaire se perpétue dans une tension agressive et une atmosphère de passage à l'acte.

Dénouer cette relation n'est pas chose aisée.

Il y faut l'intervention d'un élément tiers de l'ordre symbolique.

Cet accès à une relation ternaire, fut contemporain de l'analyse des fantasmes du groupe soignant.

"Nous avons peur de blesser les malades".
"Parler de la maladie, c'est dangereux. Nous ne sommes pas là pour les perturber davantage".
"S'ils abordent des problèmes personnels, ils ne reviendront plus".

Et dans le même temps :

"Que faut-il dire ? Nous avons peur de démolir ce que les autres veulent faire".
"Nous ne connaissons pas la technique de dynamique de groupe".
"Il vaut mieux que seuls, les médecins parlent".

Dans le groupe, les échanges entre soignants étaient rares.

"Il ne faut pas montrer notre désaccord devant les malades, ils en souffriraient".

Un thème dépressif se faisait jour : celui d'être mauvais objet, dangereux, rejeté par les autres et en particulier par ceux qui étaient supposé-savoir.

"Tout le monde est fou ici sauf le psychiatre" me dit un moniteur ironique et blessé, indiquant là en quelle place d'exclusion il entendait me tenir.

"Tu préfères les malades à nous-mêmes" me dit un autre.

Le fait que je sois une femme semblait aggraver mon cas. Je me sentais totalement mauvaise.

La tentative quotidienne d'élucidation qui nous réunissait permit peu à peu qu'émerge une interrogation.

Qu'en était-il de notre propre point d'ancrage dans le réseau du collectif ?

Quelle relation projective venait opacifier nos repères identificatoires ?

A quel métabolisme interne utilisait-on cette passivité face au savoir-supposé et au pouvoir-subi ?

Et nos positions de victime ou de persécuteur nous apparurent comme un effet de vertige au moment où ce dont il s'agissait était de rendre compte par la parole commune de ce lien possessif noué avec le malade.

N'était-il pas celui dont nous attendions qu'il vienne en nous combler un lieu de doute et de vascillement ?

Savions-nous nous situer par rapport à nos propres avatars sans l'y inclure ?

Et pourtant, entendre son message, nous ne pouvions le tenter qu'après avoir cerné notre propre place dans la structure du collectif par l'élucidation du relief qu'y dessinent nos investissements personnels.

"Ce qui importe, ce n'est pas la situation relationnelle, mais ce qui se passe dans le discours, c'est-à-dire le lieu où le sujet parle, à qui il s'adresse, et pour qui".

M. MANNONI

========

En effet, la situation institutionnelle se singularise de ce que la rencontre thérapeutique n'y est pas duelle, mais supportée par un réseau relationnel complexe, dont le milieu de vie assure la matérialité.

Chacun s'y inscrit selon une place qui est déterminée par l'existence et la place des autres membres du collectif.

Il s'agit donc d'un système de modèle structural où chaque élément fonde sa situation sur les oppositions distinctives qu'il entretient avec chacun des autres termes.

"Ce sont les traits situationnels créés par les conditions de travail et réglés par l'institution qui assurent la structuration des personnages symboliques.
La valeur signifiante est donnée par exemple dans la distinction de la périodicité.
Le symbolisme est possible grâce à la structuration signifiante d'opposition distinctives qui empruntent leur matérialité aux éléments de situation objective".

Claude PONCIN

L'exemple le plus évocateur est celui des situations oppositionnelles qui caractérisent les conditions de travail du médecin et de l'infirmière.

Dans le cadre de l'hôpital de jour, nous pouvons distinguer :

Médecin	Infirmière
- présence périodique auprès des malades	- présence constante
- reçoit les malades sur rendez-vous	- les voit à la demande
- ordonnateur de médication	- surveille la prise des médicaments
- pouvoir de décision sur entrée et sortie de l'hôpital.	- devoir de surveillance, fonction d'information auprès du médecin.

Pour arbitraire que puisse paraître cette distinction de rôle, elle n'en reste pas moins fondée sur une certaine réalité : les décisions thérapeutiques qui sont souvent prises en commun restent néanmoins attribuées à la présence du médecin et à son pouvoir.

C'est donc sur cette armature symbolique, supportée par les différents membres du groupe et fondée sur leurs oppositions

distinctives que va s'opérer le mouvement transférentiel.

"Investissements, identification et transferts s'accrochent non pas au réel hospitalier, mais aux différences que certains éléments de ce réel entretiennent entre eux".

Claude PONCIN

Si les conditions de travail renforcent par exemple la dimension paternelle du rôle du médecin, il importe de ne pas s'enfermer dans une analogie terme à terme : médecin-père, car celui-ci n'acquiert cette valeur que par opposition au rôle de l'infirmière, du moniteur, de l'ergothérapeute etc ....

"Ce ne sont pas les ressemblances, mais les différences qui se ressemblent".

LEVI-STRAUSS

Ce dont il s'agit pour la fonction soignante c'est de savoir reconnaître les mouvements transférentiels, en prévoir les avatars et en faciliter la mobilité et l'élucidation, en tentant de percevoir l'articulation de chacun avec la structure du collectif.

Cette approche du "fait institutionnel" nous permet de dire que la fonction interprétative ne doit pas rester le bien du médecin, mais devenir le terrain d'échange de tous ceux ayant une activité thérapeutique à quelque degré reconnu que ce soit.

Chacun devrait avoir accès au savoir sur l'inconscient, le sien ou celui des autres, et ainsi donner sens à tel comportement ou tel symptôme comme percevoir ses propres mouvements transférentiels. Mais une telle écoute ne s'entend que dans certaines conditions de vie institutionnelle telles que les modalités de travail des soignants, leur permettent de mobiliser leurs propres investissements et d'en dépasser les avatars.

Nous avons vu que chaque membre du collectif s'y inscrit dans "un système où chaque terme exprime moins un sens qu'il ne marque un écart de sens entre lui et les autres".

MERLEAU-PONTY

C'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'entretenir avec ses fonctions professionnelles des relations de type narcissique, suscitées par la fascination de modèles traditionnels pré-établis.

Ces attitudes sont sources de réaction de prestance ou de dépression et ne sont guère compatibles avec la disponibilité qui

doit permettre à chacun de s'inscrire comme simple chaînon dans la structure symbolique du collectif.

"Le Médecin ne peut être en position interprétative que s'il parvient à se dégager de son statut et de sa fonction, s'il n'adhère pas à son personnage ... s'il ne se prend pas pour le médecin-chef ou le médecin-directeur".

Jean AYME

Il importe donc de garder avec son rôle une relation médiatisée par le groupe et de s'y engager avec une possibilité de remaniement constant et d'improvisation.

Le conformisme est une certaine forme d'aliénation dans l'imaginaire et face à la richesse et l'invention permanente de l'inconscient et de la folie, il représente une oppression.

Ce pouvoir d'intervention au niveau de l'organisation matérielle du collectif est un élément central de la fonction thérapeutique et devrait comme elle,être réparti sur tous les membres du groupe soignant.

En effet, nous avons vu que les conditions de vie et de travail de chacun sous-tendent la structure symbolique d'une institution, l'intervention à ce niveau pourra donc être de l'ordre de l'efficacité thérapeutique.

"Cette structure symbolique pouvant être remaniée par un agencement technique concret, égalité ou non de salaires du personnel, hiérarchie fonctionnelle des rôles, interchangeabilité ou non de certaines fonctions, rapport médecin-infirmiers, type d'organisation de chaque jour etc ...".

Jean OURY

Il semble donc que, pour avoir la maîtrise de cette fonction soignante, le collectif doive se donner des institutions d'échanges assurant un minimum de clarté et de mobilité de ses rouages et permettant à sa structure socio-économique de rester lisible et accessible à l'intervention.

========

A l'hôpital de jour, l'évolution de la réflexion portant sur la pratique des groupes fut contemporaine de l'exercice d'un comité chargé d'étudier les problèmes politiques du collectif : le CR ou Comité des Représentants avait été fondé à l'issue du Mouvement de mai.

Il me semble que doivent être rapprochées les démarches particulières de ces deux institutions et que l'une sans l'autre elles se seraient privées d'une grande part de leur action.

Le CR est composé de douze membres. Chaque corporation élisant deux représentants auxquels elle délègue ses pouvoirs pour l'élaboration de projets devant être ensuite soumis à l'assemblée générale.

Les buts que se propose ce comité sont de deux ordres :

- projet de création d'une commission paritaire employés-employeurs, habilitée à répondre aux problèmes du salariat : embauche licenciement, promotion interne, salaire, etc ...
- étude des possibilités de gestion collégiale de l'unité de soins.

Sans préjuger de l'efficacité d'une telle commission et de ses bonnes intentions, nous pouvons dire qu'en tant qu'institution d'échanges, elle permit au collectif de se situer par rapport à son désir inconscient en laissant circuler les signifiants politiques jusqu'alors frappés de censure.

Un certain nombre de comportements, opaques, émergèrent au sens : certains se mirent à parler, dont l'apparente apathie "la bêtise" n'était que conduite de sauvegarde et dont la pertinence et les paroles vraies éclairèrent certains secteurs clos.

La structure institutionnelle se déroula à nos yeux tel un discours avec ses non-dits, ses coupures, ses non-sens, ses silences.

Les petites histoires s'organisèrent et s'articulèrent pour se restituer à l'Histoire.

Les conflits médical-administratif ou secrétaires-médecins devinrent symptômes et non scandales.

Ecouter la parole, c'est aussi entendre la pathologie de l'institution et non la raturer inlassablement par souci d'esthétisme.

La hiérarchie doit être analysée en ce qu'elle tend toujours à se constituer en maladie chronique et de fatalité, dont le groupe attend passivement les déterminations et les mots d'ordres.

Le découpage des pouvoirs et des fonctions thérapeutiques, devrait assurer la mise en oeuvre d'une certaine parole que les anciennes structures paralysent en une problématique sado-masochiste.

"L'objet de la thérapeutique institutionnelle n'est-il pas justement de se proposer d'aboutir à un remaniement des données "d'accueil"

du surmoi en les transmuant en une sorte de nouvel accueil initiatique vidant de son sens l'exigence sociale aveugle d'une certaine procédure castrative à l'exclusion de toute autre ? "

Pierre GUATTARI

========

L'évolution parallèle des deux institutions en question : groupe quotidien et CR, nous permit de noter une redite significative de comportements : les mêmes personnes qui tenaient pour dangereux l'abord en groupe des problèmes personnels des malades et de leur pathologie furent ceux qui s'opposèrent à tout remaniement de la structure hiérarchique.

Les formations réactionnelles apparaissaient là où les pulsions ne pouvaient être assumées : il fallait "protéger" les malades et "respecter" la direction.

L'imaginaire de cette position était d'autant plus manifeste que le médecin-directeur se sentant limité par son pouvoir mythique, venait inlassablement témoigner de son souhait de nous voir y mettre un terme.

========

Les malades, eux aussi nous manifestent leur demande de soins, mais notre surdité trouve d'autres prétextes.

En effet, l'émergence pulsionnelle de leur groupe constitue un puissant levier de désaliénation, venant interpeler soignant ou soigné, les questionnant sur l'être, le sexe et la mort. Le collectif pressent là un danger pour son bienheureux immobilisme et s'en détourne.

Et pourtant, à l'angoisse morcelante du psychotique, c'est l'institution en son ensemble qui doit répondre, car c'est elle toute entière qui constitue le support sur lequel le malade viendra projeter ses fantasmes et ses divisions.

Une des formes les plus tenaces de résistance à l'écoute de la folie se trouve dans l'organisation même d'un collectif de soins qui tient pour secondaire son agencement structural.

C'est pourtant cette mobilité toujours recommencée, cet accueil vigilant qui fonderont le système de telle sorte que puisse être restitué au malade le modèle identificatoire qui lui permettra de dépasser son angoisse de morcellement

========

Ainsi, le plan de réponse sera souvent autre que celui de l'interprétation verbale.

Une intervention portant sur l'organisation du milieu de vie peut-elle avoir la même valeur d'élucidation des processus inconscients ?

Nous savons que ce dont il s'agit, c'est de prendre en charge l'existence même du psychotique en la totalité de ses temps épars, ce qui ne saurait être oeuvre individuelle mais celle du collectif en son permanent souci d'analyse et de mobilité.

Proposer au malade, l'accès à une relation médiatisée ne s'entend que dans la mesure où les soignants ont eux-mêmes accepté d'en passer par une loi commune, celle du gommage des positions narcissiques au profit de la reconnaissance d'un élément tiers : l'échange de valeurs dans le collectif.

Mais à cette réalité ils préfèrent en général les architectures imaginaires où se pétrifient les processus sociaux :

Ainsi l'attachement libidinal à un individu hiérarchiquement supérieur et la dépendance affective qui en découle, assurent le tissage des liens collatéraux entre les différents membres du groupe concerné.

Les relations imaginaires de paternité-filiation viennent s'ancrer aux divers points de la pyramide des fonctions, modèle standard fourni par la société.

A la suite de FREUD et des réflexions recueillies dans "psychologie collective et analyse du moi", nous sommes tentés de rapprocher le milieu hospitalier de ce qu'il dit des communautés traditionnelles.

"L'église et l'armée sont des foules conventionnelles, c'est-à-dire des foules dont la cohésion est maintenue par une contrainte extérieure qui s'oppose en même temps aux modifications de leur structure ...".

Dans un collectif de soins, la hiérarchie reproduit les effets de la répression sociale à l'égard de la folie, ce qui lui assigne un cadre déterminé et l'infléchit vers les formes multiples de la maladie du pouvoir.

Au-delà de la quotidienneté des tâches à remplir chacun glisse inconsciemment vers des positions de prestance sous-tendues par des notions de devoir, de responsabilité qui viennent cimenter la cohésion libidinale du système fixiste.

Ainsi peut-on voir certains établissements fonctionner en seule référence au désir-supposé d'un "Patron" évanescent qui,

pris au piège de ce leurre en oublie de témoigner de son inanité, de sa castration.

"Dans l'église et dans l'armée, quelques différences qu'elles présentent par ailleurs, règne la même illusion, celle de la présence visible ou invisible d'un chef, le Christ dans l'église catholique, le commandant en chef dans l'armée, qui aime d'un amour égal tous les membres de la collectivité".

Tout le reste se rattache à cette illusion, si elle disparaissait l'armée et l'église ne tarderaient pas à se désagréger dans la mesure où le permettrait la contrainte extérieure ..."

S. FREUD

Contrairement à ce qui se passe dans une société primitive où la hiérarchie des fonctions est à la fois rigide et nécessaire à la ritualisation des échanges, dans un milieu de soins, c'est-à-dire une néosociété artificiellement composée à des fins thérapeutiques, la hiérarchie peut venir occulter des systèmes de communication, voire même dans un but inconscient, les interdire.

Face aux malades, c'est le bénéfice affectif d'une dépendance hiérarchique qui constitue la force libidinale dans l'économie du collectif ; elle vient à la fois refouler les pulsions agressives dirigées vers le sommet et souder entre elles les complicités réciproques. Y introduire la réalité psychique ou un échange de significations c'est provoquer l'équivalent d'une panique collective : c'est de la subversion.

Pourtant, n'est-ce pas précisément à ce plan là, que le malade attend de nous, notre engagement ?

"Puisque dans la folie, l'homme découvre sa vérité, c'est à partir de sa vérité et du fond même de sa folie qu'une guérison est possible.
Il y a dans la non-raison de la folie la raison du retour et si, dans l'objectivité malheureuse où se perd le fou, il reste encore un secret, ce secret est celui qui rend possible la guérison.
Tout comme la maladie n'est pas la perte complète de la santé, de même la folie n'est pas perte abstraite de la raison mais contradiction dans la raison qui existe encore.
... La guérison du fou est dans la raison de l'autre, sa propre raison n'étant que la vérité de la folie".

Michel FOUCAULT
Histoire de la Folie.

CHAPITRE VI

LE TRAVAIL THERAPEUTIQUE -

Presque quotidiennement et dans chacun des groupes, le thème du travail apparaît tel un lieu géométrique du contenu manifeste.

Avant de le considérer en ses divers points d'ancrage dans la vie institutionnelle, nous tenterons de cerner quel type de relation le malade hospitalisé entretient avec le travail qui lui est proposé.

========

Monsieur G ... revint aux séances qui suivirent celle où il nous manifesta son "malaise" face à Boris.

Petit, chétif, disgracieux, il s'exprimait volontiers sur un mode abstrait, précieux et selon un ton "convenable", le langage de son corps restant au second plan.

Au travers de ces interventions se dessinait un monde clos, austère, défendu par des valeurs morales :

La vie était une affaire de volonté, de caractère et une longue patience.

"Il faut se connaître. Chaque individu doit savoir à quel moment il craque".

"L'agressivité, chacun la ressent à une certaine période de sa vie. C'est une perte de contrôle".

Son agressivité à lui, nous la percevions obscurément dans cette façon qu'il avait de la retourner contre ce corps d'une extrême détresse.

Evoquant une "sortie" au bord de la mer :

"leur intérêt est de casser certaines habitudes, d'obliger à faire face à des imprévus".

"Je m'efforce de participer à toutes les activités avec le maximum de dynamisme".

Le plaisir, la détente n'étaient donc pour lui que cette coercition ?

Lorsque, pour la première fois, il nous parla de son travail, ce fut à propos de culpabilité : en période de vacances, l'effectif des malades étant réduit, il n'osait se rendre aux ateliers car, à lui seul, il lui arrivait "d'accaparer une monitrice".

Celles-ci, présentes au groupe, soulignèrent leur difficulté à parler avec Monsieur G ... lorsqu'il se trouvait au travail.

"Vous ne voulez pas que l'on vous aide, vous semblez très gêné".

Monsieur G ... éluda le problème.

Deux jours plus tard, il fut manifeste qu'une nouvelle "crise" allait se produire.

Avertis par une première expérience, nous tentâmes de lui faire exprimer ce qu'il ressentait et les difficultés qui pourraient en être cause.

Tout avait commencé au moment où une jeune femme du groupe disait sa crainte devant une reprise de travail prochaine.

Monsieur G ..., par phrases entrecoupées de torsion et d'apnées, nous parla de son effort jamais satisfait d'atteindre à une perfection de son travail.

Il passait des heures entières à la poterie, s'acharnant à réaliser les objets les plus difficiles et, n'acceptant aucun compliment : il semblait vivre de déception et de fatalité.

Le moniteur de sport nous dit sa propre inquiètude à voir Monsieur G ... poursuivre des exercices jusqu'à l'extrême limite de ses forces.

Au travers de ces informations, la personne de Monsieur G ... apparut au groupe, s'éclairer d'une cohésion nouvelle.

Sa maladie cessait d'être ce seul corps embarrassant dont les manifestations suscitaient notre répugnance et faisaient écran à toute tentative d'écoute.

Une vie aliénée, solitaire, refermée sur ses mécanismes de défense venait de nous apparaître et nous commencions à penser que Monsieur G ... était là pour se soigner.

Robert, 35 ans, a déjà une longue carrière hospitalière. Son premier certificat d'internement date de six ans.

"Syndrome schizophrénique probable. Se montre de plus en plus taciturne, soliloque et se dit persécuté. Mauvais contact, réponses floues, assez indifférent et apragmatique. Déclare que ses camarades de la R. A. T. P. le traitent de "gonzesse". Discret parasitisme mimique et gestuel. Permis de conduire à suspendre".

Quelques années plus tard :

"Réticence, délire d'interprétation. Impression de malveillance ambiante, d'allusions et d'insulte chez un sujet fruste et alcoolique".

Et au certificat de quinzaine :

"Episode aigu d'angoisse et d'interprétation chez une personnalité sensitive. Arrière fond asthénique".

Entré à l'hôpital de jour, voici trois ans, il est de ceux dont la réputation se perpétue sans une faille. On dit de lui : "Il est gentil, attachant, mais il ne fait rien, il s'installe".

Pourtant, à y regarder de plus près, la réalité des faits s'inscrit à l'encontre de cette réputation. Robert possède deux personnages : l'un inerte, déprimé et l'autre joyeux et actif.

Devant cette contradiction, l'institution scotomise l'un d'eux et choisit le pathologique.

Robert vint chaque jour au groupe, assis en retrait, tête baissée, visage anxieux, sans un geste ni un regard. Son attention était certaine mais jamais il ne dit un mot.

Lors des entretiens que j'eus avec lui, il exprima une culpabilité douloureuse :

"Je ne parle pas. C'est terrible".

Un jour, rapprochant son silence en groupe de celui qu'il gardait en famille :

"Mes parents, c'est pareil. Je ne leur parle jamais. On va venir les chercher un jour pour les mettre à l'hôpital à cause de moi".

Son silence était meurtrier.

Je connaissais son père, petit homme sec, courageux qui, malgré son grand âge n'avait cessé de travailler et subvenait aux charges familiales depuis le début de la maladie de Robert. Il ne pouvait soutenir la pensée que son fils était malade mental et me répétait :

"Il est pourtant fort. A son âge je ne l'étais pas autant. J'étais gazé de la guerre de 14. Quand travaillera-t-il ?"

La mère, sensiblement plus jeune, gémissait sur "ses douleurs". Elle souffrait dans tout son corps, depuis des années, sans qu'un médecin n'en ait pu trouver la cause.

Cette cause insaisissable, Robert en tenait place.

Bloc de silence et d'angoisse, il restait au foyer, témoin indispensable et dangereux de la survie de ses parents, déprimés et atteints dans leur corps.

Qu'il parle, travaille ou vive et c'est abandonner cette place où il se constitue en mauvais organe de ce corps.

C'est devenir objet extérieur, persécuteur et vecteur de mort.

Ne pas parler c'est, en quelque sorte, tenter d'annuler cette destinée, mais c'est aussi garder la mort en soi.

Et pourtant, à chaque fois qu'il évoque cette situation, Robert ajoute :

"Mes parents, ils font tout pour moi ; ils se sacrifient".

La trajectoire de Robert, au cours d'une journée, ne laissait pas de m'étonner :

Le long voyage en métro était un temps paranoïde :
Au sortir de chez lui et jusqu'à la porte de l'Elan, les gens lui exprimaient leur réprobation pour avoir autrefois prétendu entrer dans la police et y avoir échoué pour des raisons inavouables.

Les hallucinations auditives atteignaient là leur acmé.

A l'hôpital de jour, sa place privilégiée était au "club" où il restait assis, solitaire, ne fréquentant qu'un petit groupe d'amis, sans présence féminine.

Parfois il riait avec eux, mais cessait si un membre du personnel apparaissait.

Avec son infirmière comme avec moi, il entretenait des relations de dépendance anxieuse, se présentant toujours à nous en détresse, s'accusant de ne rien faire, de dormir continuellement, de perdre l'espoir de guérir un jour.

A chacune de nos tentatives d'orientation vers un possible travail, des thèmes mélancoliques apparaissaient : nous avions rai-

son de le chasser, il était trop malade, sa place était l'hôpital et la mort.

Lorsque nous parlions de Robert devant les moniteurs, ceux-ci s'étonnaient : il participait régulièrement aux sports. Considéré comme un élément de valeur, il occupait toujours une place stratégique lorsqu'un match de foot-ball était disputé. Sa gentillesse et son entrain étaient sans défaillance.

Néanmoins, notait-on que son expression devenait anxieuse lorsqu'il recevait les compliments qui lui étaient dûs : "J'aurai pu mieux faire", s'excusait-il.

Face à ma perplexité et mon insistance, il tenta de me dire sa propre difficulté à saisir le sens de ce morcellement.

Chez lui, comme à l'hôpital de jour, il semblait se prémunir contre un danger, retenant tout geste, toute parole.

"Ici, je reste au club, je rumine, je m'ennuie".

Après des repas boulimiques, il allait à l'infirmerie s'allonger et dormir.

Ainsi, il attendait, inéluctable, le jour où il faudrait partir.

A me parler du sport, son visage s'éclairait. Le moniteur était un ami. Je ne savais pas à quel point il était fort, même lui, Robert, ne pouvait le battre.

Il me dit alors avoir ressenti cette même impression de liberté à l'atelier de bois, lors du passage à l'Elan d'un moniteur-stagiaire attaché à cette technique : Durant quelques semaines, Robert avait travaillé près de lui, réalisant de très beaux objets. Puis le moniteur parti, tout en resta là.

"Il était très fort. Je ne pouvais pas faire ce qu'il faisait. Maintenant, lorsque je commence un objet je ne peux pas me concentrer. Je ne tiens pas en place".

Alors, des représentations surgissent provoquant son angoisse, son instabilité :
"Je pense à ce que j'ai fait autrefois, c'était mal" dit-il, faisant allusion à son renvoi de la police. Puis dans le même temps :

"Tout seul, j'ai peur de mal faire" insistant alors que les erreurs possibles quant à la technique du bois.

Par contre, la présence du moniteur lui enlève toute anxiété et il peut travailler des heures durant.

========

Quelle est la place du travail thérapeutique dans la vie hospitalière de ces deux hommes ?

Monsieur G ... nous l'indique en proposant en exemple son "maximum de dynamisme", tentative solitaire et narcissique de contenir ses pulsions.

Qu'une monitrice s'approche et lui parle, l'érotisme de cette démarche est insoutenable.

Sa gêne, sa courtoisie et sa laideur lui serviront de protection et le travail retrouvera sa vertu de répression.

Ici, travailler c'est "faire" pour ne pas "dire".

Au même titre que sa pudeur, sa scrupulosité et sa conscience morale, le travail vient fonctionner comme une formation réactionnelle s'opposant à l'émergence d'un désir refoulé.

Les représentations pulsionnelles, réavivées par la présence de la monitrice resteront hors du champ de la conscience au profit de cette vertu morale qu'est l'ergothérapie assidue.

Rigide, forcée, compulsionnelle, l'activité de poterie ne sera plus qu'un mécanisme de défense réussi, venant à la place de ce qui ne peut être dit.

Le devenir thérapeutique en est falsifié.

Chez Robert, l'activité manuelle ou sportive ne connait pas l'excessif.

Il passe de l'inertie douloureuse à l'efficacité déliée et l'échange verbal.

Faire et dire sont indissociables tant la parole et le geste sont chargés de la même intensité affective. Celle-ci peut être exprimée lorsqu'il y a médiation, mais elle reste contenue dans une relation qui échoue à dépasser les impasses spéculaires.

Alors se profilent l'hôpital et la mort.

"Mes parents je ne leur cause pas. Je les rend malades".

mais aussi :

" en me demandant de travailler vous me rendez malade".

Dans ces deux propositions, parler et travailler ont une même vertu mortifère.

Pour échapper à cette relation fusionnelle et dangereuse, Robert doit trouver "plus fort que lui". C'est-à-dire une image de référence, capable de résister à l'agression de la compétition et aux fantasmes homosexuels qu'elle sous-tend.

Pour lui, la confrontation solitaire avec l'objet peut être résurgeance insoutenable du passé.

"Mal faire" le travail vient présentifier le "faire mal" de sa pratique homosexuelle d'autrefois.

Les hallucinations auditives le chassent de l'atelier et à cette peur, il préfère les longues heures régressives passées au "Club".

"Vous faites tout pour moi", ce constat désespéré nous indique quel sens peut prendre ici ce beau mot d'apragmatisme.

Il est vrai que devant sa détresse, son infirmière et moi tentions de lui épargner toute démarche ou effort qu'il disait redouter.

Retrouvant la position maternelle phobique, nous lui assignions un rôle de passivité où Robert restait inerte, ne se trompant point sur la charge agressive inconsciente qui sous-tendait notre attitude.

Ne rien faire, c'est la réponse rigoureuse au "nous faisons tout pour toi" venant de celles qui ne veulent rien savoir de ses pulsions.

A l'inverse, les moniteurs sont ceux auxquels on peut tout "faire" et tout "dire", et Robert s'identifie à eux que la mort et la maladie semblent épargner.

L'échange se rétablit et la parole circule.

========

Le travail thérapeutique semble donc se situer à l'articulation du "faire" et du "dire".

Chez Monsieur G ..., il n'est plus que lieu d'expression de la force pulsionnelle réprimée.

Il n'y a plus place pour la parole et ce qu'elle vient trahir des fantasmes inconscients.

Le projet thérapeutique s'aliène en se figeant, car il n'inscrit pas la présence de l'autre avec qui le travail puisse être monnaie d'échange = G ... et son corps se perdent dans l'objet.

Chez Robert, le travail est traduction des relations transférentielles et médiation nécessaire à leur triangulation ; l'imago est alors supporté par les personnes de l'institution qui permettent l'identification.

Travailler devient ainsi échange de valeurs et de paroles.

Pour que soit sauvegardée cette fonction, il importe que le travail préserve sa liberté de créativité.

F. TOSQUELLES :

"On sait que la grande technique de base de FREUD a été celle précisément de permettre une écoute médicale, ou disons plutôt scientifique, objective de la parole déliée du malade en dehors de tout autocontrôle ...
Il est évident que toute psychothérapie qui prétend obtenir des modifications valables et profondes du malade commence et se continue dans un tel respect de l'initiative de l'acte de parole de celui-ci".

En cette perspective, le travail est, au même titre que le langage, expression et création. Il doit être repris quant à son sens et s'inscrire dans le réseau relationnel, les prestations et les échanges.

Dans un service hospitalier où j'étais de passage, on m'expliqua qu'aux ateliers les malades étaient tenus de fabriquer des objets utilitaires : "une théière et des tasses, symbole d'une famille unie".

Devant ma perplexité, on m'expliqua qu'un malade avait un jour fait un homme sans tête. "C'est très mauvais pour lui de voir ça".

Je n'ai jamais compris pourquoi une représentation en terre était plus insoutenable qu'une représentation psychique.

========

Réprimer la créativité, n'est-ce pas méconnaître un lieu de formulation de l'inconscient et son écoute possible ?

CHAPITRE VII

APRAGMATISME ET RESISTANCES -

Apragmatisme ou activité forcenée, nous avons vu que le travail vient à s'aliéner dès qu'il cesse de s'inscrire comme médiation dans une relation transférentielle.

Comment l'institution peut-elle favoriser cet avénement du symbolique ?

A ce propos, je voudrais relater ici, une expérience vécue au début de mes années d'internat et qui eut pour effet d'entamer quelque peu mes convictions nosologiques.

Quinze malades de l'hôpital de jour, cinq soignants et moi-même partîmes passer dix jours aux sports d'hiver dans le cadre d'une association sportive.

Les conditions matérielles de cet organisme étaient précaires, l'ambiance de style militaire, la tolérance aux malades réduite.

Il s'agissait donc de dormir en dortoir, se lever à l'aube, se laver à l'eau froide et soutenir toute la journée un effort physique inhabituel et cela sans un instant de solitude.

Notre groupe était officiellement composé de : quatorze psychotiques (paranoïdes, apragmatiques, autistiques, impulsifs, dissociés, caractériels, regressés) auxquels venaient s'adjoindre une névrose hypocondriaque, une infirmière, une interne, une kinésithérapeute, une psychologue, un professeur de dessin et un moniteur de sport. Douze d'entre nous étaient débutants en ski et je pense que ce fut un facteur déterminant du processus thérapeutique.

Rien n'est plus ingrat que l'apprentissage du ski et rien ne peut, avec plus d'efficacité, niveler la pyramide des positions hiérarchiques et sociales.

Tomber, chausser ses skis, les porter, étaient autant d'actes qui nécessitaient l'appel à l'autre, l'interpellant dans sa personnalité et son caractère, qu'il soit soignant ou soigné.

De dire qu'en institution on ne sait "qui soigne qui" est devenu une banalité, sur une pente de ski, c'est une évidence.

Chacun se trouve dépossédé de son rôle par l'assujettissement commun à une loi nouvelle, celle du sport et de l'effort physique qui redistribue les valeurs suivant une échelle annulant la dichotomie malades-soignants, au profit des classes 5 - 6 et 7 de ski.

L'échange se rétablissait au niveau des compétences réciproques : en tant que médecin, je restais la plus apte à prescrire tel tranquillisant ou à écouter telle angoisse de dissociation. Mais, du même malade, j'attendais de l'aide devant l'attraction de la plus grande pente comme dans la lutte quotidienne contre l'irritabilité et le découragement.

Les conditions de vie suscitaient la labilité des rôles qui devenaient interchangeables. Les soignants eux-mêmes renonçaient à l'intégrité de leurs prérogatives.

Soigner devenait le fait de tous, la mise en commun des informations et des connaissances dans l'égalité de parole.

Les relations tendaient à se libérer des fascinations imaginaires : le malade, perdant son halo d'étiquettes nosologiques, était devenu quelqu'un de proche, de connu, dont l'expression pathologique était infiniment personnelle et pleine de sens.

Les soignants cessaient d'être des êtres mythiques, nantis de tous les biens et auxquels les malades ne peuvent apporter que leur dépendance.

Un échange de valeur s'était instauré, indispensable à la survie du groupe.

Cet accès à des relations nouvelles rend compte de la disparition d'un certain nombre de symptômes de réputation pourtant solide : en particulier, l'apragmatisme.

Lorsque nous partîmes en gare d'Austerlitz, il est certain que chacun des seize membres du groupe possédait une dose d'apragmatisme, mais dix d'entre nous en faisaient presque profession.

Si, comme tous les symptômes, celui-ci focalisa notre inquiètude, il disparut sans qu'on l'ai remarqué, tant son incompatibilité avec le ski était manifeste.

Mais surtout "ne rien faire" perdait tout son sens en un lieu où le ski était médiation des échanges du groupe, dévoilant une trame nouvelle sur laquelle reconstruire son tissu de relations.

Cette "guérison symptomatique" quel que soit son caractère provisoire et superficiel me semble néanmoins constituer un facteur thérapeutique important.

Ceci est surtout valable pour les psychotiques, dont le type de relation induit des positions contre transférentielles, rigides et figées : réputation établie, découragement, négligence, oubli.

La guérison symptomatique vient éclairer la relation d'un sens nouveau et pose le problème de la valeur signifiante du symptôme dont on accepte trop souvent l'existence comme corrélatif incontesté d'une certaine pathologie.

Sur des skis, et dans un certain contexte, le psychotique renonce à l'apragmatisme.

Quel sens avait-il ? A qui s'adressait-il ?

Les observations recueillies nous ont montré que cette inhibition motrice, ne saurait être appréhendée en dehors du contexte relationnel où se situe le sujet.

L'ambivalence pulsionnelle y semble trouver comme un point de compromis et d'équilibre défensif.

Assailli d'angoisse, démuni de repères identificatoires, le psychotique redoute l'émergence pulsionnelle qu'il ressent comme destructrice pour lui, comme pour ses objets : il préfère se maintenir dans une sorte d'impotence.

Car les émois se déploient chez lui avec une vivacité fulgurante et envahissante, qui ne rencontre pas l'inertie que lui opposerait un moi cohérent.

L'ensemble de l'activité psychique se trouve bouleversé par la peur.

L'Autre, ses désirs, ses rejets sont ressentis avec une singulière acuité et l'apragmatisme tend à en protéger le sujet en lui épargnant des relations trop étroites, voire même toute forme de relation.

Devant un psychotique, nous sommes tentés de voir l'incarnation de nos propres pulsions et de le traiter avec la sévérité répressive que nous réservons à nos instincts.

S'il est nécessaire de limiter l'acting-out en ceci que ses conséquences viennent aggraver les conditions qui l'ont suscité, il semble par contre dérisoire de tenter d'éduquer un psychotique à "être sage" pour nous protéger de la peur qu'il nous inspire.

Afin que le malade ait accès à ce langage, qu'est la motricité, il faut que nous acceptions d'être marqués par l'angoisse que sa tension pulsionnelle fait naître en nous.

Cela ne peut advenir que dans un système d'échanges où ses actes puissent prendre sens à l'égal des nôtres, et qui lui permette de s'engager dans une relation au travail s'articulant avec le groupe.

========

C'est à déterminer les conditions institutionnelles susceptibles de favoriser ou résoudre l'apragmatisme, que nous nous arrêterons maintenant.

Cette incidence de la sociogénèse, nous tenterons de la souligner, en l'articulant à un niveau politique qui ne semble pas indifférent à notre propos :

"Combien de fois à PARIS ou à AIX, à ALGER ou à BASSE TERRE avons-nous vu des colonisés protester avec violence contre la prétendue paresse du Noir, de l'Algérien et du Viet-Namien. Et pourtant n'est-il point vrai qu'en régime colonial, un fellah ardent au travail, un nègre qui refuserait le repos serait tout simplement des individualités pathologiques. La paresse du colonisé c'est le sabotage conscient de la machine coloniale, c'est sur un plan biologique un système d'auto-protection remarquable et c'est en tous cas un certain retard apporté à la main-mise de l'occupant sur le pays global".

F. FANON - "Les damnés de la Terre"

Ce rapprochement vient nous indiquer que tout système d'échange est lié à la structure socio-économique sous-jacente.

Parler et travailler c'est prendre parti en face de cette structure.

Pour que le malade s'inscrive dans le réseau de prestation en dépassant ses propres inhibitions et ses peurs, il importe que le collectif propose à ses investissements une certaine qualité d'accueil.

Car en matière d'oppression, il est des constantes uni-

verselles et les effets que nous en percevons au niveau de l'hôpital sont à ne pas confondre avec les formulations de la maladie elle-même.

On ne pourra donc réellement parler d'apragmatisme qu'après avoir analysé ce qui, dans le milieu institutionnel peut constituer un facteur d'aliénation sociale, et en particulier le rapport travail-argent.

Pour que le travail soit thérapeutique, il faut que malades et soignants s'y engagent avec une possibilité de création et d'initiative dont la meilleure garantie se trouve dans l'indépendance économique des activités par rapport à la gestion de l'institution.

"Nous voudrions insister sur la notion d'indépendance économique du Club.
C'est par cette indépendance économique qu'on arrive à la reconnaissance du malade mental en tant qu'individu, à une tentative de "désaliénation sociale", à la seule forme d'ergothérapie qui nous semble valable car elle donne au malade une liberté réelle, une responsabilité réelle, une possibilité d'action et de décisions face aux organismes du Club. Cette indépendance économique ne permet aucun paternalisme du directeur de la Clinique qui doit pour s'adresser au Club en référer symboliquement à un organisme à la fois supérieur et extérieur au Comité de sa propre Clinique".

L'autonomie du Club permet de poser d'une manière différente, et cette fois peut-être thérapeutique, le problème du salaire des malades mentaux".

G. MICHAUD

Cette indépendance économique permet de lever en partie la pression sociale qui pèse sur les malades mentaux en permettant à leur travail de déboucher directement sur les circuits économiques dits "normaux".

Le système hospitalier traditionnel fonctionne de la façon suivante :

"L'hôpital - patron paie mal parce qu'il est une entreprise commerciale disposant d'une main-d'oeuvre privée de la possibilité d'établir un contrat.
Le taux de la rémunération est fixé unilatéralement par l'employeur.
L'établissement conserve la plus-value qui sert à alléger les charges de la communauté.
Le malade travailleur, doublement aliéné, se voit appliquer d'une façon deux fois plus sévère les lois du marché économique".

J. AYME cité par G. MICHAUD

========

Il est nécessaire de garder présente à l'esprit cette réalité politique pour comprendre comment furent déterminées les options qui président au fonctionnement actuel de l'hôpital de jour.

A sa création, l'Elan reçut en héritage un certain nombre de positions doctrinales issues de la révolte contre le milieu hospitalier carcéral.

Les promoteurs de l'hôpital de jour avaient lutté contre l'exploitation de la force de travail des malades et étaient décidés à mettre en exercice de nouvelles structures échappant au système traditionnel.

La gestion de l'établissement ne devait, en aucun cas, reposer sur la contribution des malades et la nécessité de leur travail.

Cet à priori ne fut jamais remis en question comme c'est souvent le cas pour un mythe originel d'une institution.

Mais de telles positions, issues d'une histoire non écrite, coupées de la réalité quotidienne et des besoins du collectif peuvent elles aussi venir à s'aliéner.

La pression sociale cesse en effet de peser sur le travail du malade, mais il perd ainsi sa valeur d'échange dans une institution qui le juge inutile à son fonctionnement.

Les malades sont des "invités".

Tout est conçu pour les décharger des tâches besogneuses et ménagères.

"Ils ont tout ce qu'il leur faut" dit-on, sans trop s'interroger sur le fait que la propreté et le confort sont à notre adresse autant qu'à la leur.

C'est dénier à la vaisselle et au ménage leur valeur de médiation dans la vie institutionnelle où le fait de se "sentir chez soi" nait du travail quotidien exigé par la communauté. Dans les hôpitaux traditionnels, tout un tissu de relations s'établit autour de ces activités et lorsque les malades disent "nous ne sommes pas ici pour faire la vaisselle, mais pour nous soigner". Ils ne sauraient mieux poser la question du nécessaire et paradoxal détour du processus de soin.

Tout faire pour les malades, c'est, d'une certaine façon, se prémunir contre leurs pulsions et leur désir en leur enlevant les voies d'expression les plus coutumières.

C'est leur assigner l'apragmatisme comme réponse à nos bons sentiments.

Nous semblons ainsi leur dire :

"Puisque nous vous donnons tout, vous n'avez rien à nous demander".
"Ne venez pas nous interroger sur notre propre manque à être. Ce que nous attendons c'est de la reconnaissance, c'est-à-dire des paroles fausses et conformes à notre désir".

L'hôtellerie, le protocole, procèdent de ce même mouvement de prémunition. Dans un lieu où la maladie apporte son halo de sexualité et de mort, le groupe est tenté de privilégier la forme, l'esthétique et de repeindre inlassablement les murs pour que quelque chose enfin se perpétue qui ne soit pas mouvance et opacité.

Les malades meurent, se suicident ou nous quittent, et une apparence brillante donne au collectif le leurre d'échapper à cette hémorragie lente.

Et la toilette, toujours recommencée, effacera les taches suspectes.

========

De cette même construction défensive, nous sommes tentés de rapprocher le bavardage en ce qu'il constitue aussi une certaine façon de ne pas dire, mais plutôt de faire sur un mode stérile. Nous plaçons sous ce terme, cette prolifération verbale qui surgit parfois dans le discours d'un groupe, l'infiltrant d'on ne sait quelle animation inquiètante. Ce qui nous importe, c'est d'en déterminer le rôle et de comprendre pourquoi un collectif est parfois amené à laisser envahir son champ par une telle inflation des mots.

Ce phénomène survint dans les groupes quotidiens à de nombreux moments.

Il n'est pas indifférent de remarquer que ce fut dans ceux où les soignants avaient dit de façon explicite que la vocation du groupe n'était pas d'être psychothérapique.

A quoi correspond cette affirmation ?

Denier à un groupe ses effets psychothérapiques, c'est méconnaître que leur cheminement est souvent indépendant de notre volonté et que par bonheur, les malades se soignent malgré nous.

Mais surtout, c'est affirmer qu'au niveau du discours, aucun sens ne sera repris et que nous ne voulons rien savoir de l'inconscient, du nôtre comme de celui des malades.

A ceux-ci, il ne reste qu'à travestir leur message = la voie est ouverte au bavardage.

Le prétexte généralement allégué par les soignants, est le fait qu'aborder, en groupe, des problèmes personnels, peut avoir sur les malades un effet perturbateur.

Que la perturbation soit cause ou conséquence des paroles, reste encore à définir, mais on voit ici le terme de psychothérapie se charger de fantasmes tels que = viol de la personnalité, intimité dévoilée.

Tout projet d'élucidation des relations semble donc frappé de censure par les soignants qui indiquent ainsi la charge érotique qu'ils y placent : le cabinet médical doit être le seul théâtre de ces investigations, de ces pratiques. Aborder en groupe les fantasmes inconscients qui le régissent vient compromettre les constructions défensives des soignants et interroger leur position face au sexe.

Aussi accueillent-ils volontiers le bavardage et les malades ne s'y trompent point qui excellent à ménager nos susceptibilités, surtout lorsqu'elles font le jeu des bénéfices secondaires de la maladie.

C'est ainsi qu'obstinément les groupes se mettent à parler de vacances, de loisirs et de généralités.

Ce qui fait le bavardage, ce n'est pas tant le thème que sa formulation et son écoute.

Au niveau des échanges s'opère une distorsion : on ne sait plus qui parle et à qui - en fait personne ne parle à personne.

Le discours clos, répétitif, est tenu devant les soignants plutôt qu'à leur adresse.

Les récits se juxtaposent sans réelle circulation de valeurs. Lorsqu'un est terminé, un autre reprend qui le reflète.

Par exemple, lorsque les malades parlent de vacances, c'est sur un mode impersonnel dont ils semblent totalement absents ; ce ne sont que détails, description de paysage, et surtout photos : ces traces que l'on donne à voir à l'autre, pour qu'il nous confirme dans notre plaisir passé.

Ce sont des vacances imaginaires, peut-être les nôtres supposées ou bien les leurs anciennes et mythiques.

Car la psychose n'observe pas de trève et la schizophrénie donne accès à un temps qui n'est plus celui des congés payés.

Un malade m'écrit un jour :

"Le caractère de vacance de l'esprit donne une certaine dimension du temps cosmique et sidéral en particulier. J'aimerai que l'on sache que cette vacance de l'esprit est contraire à toute forme d'aliénation mentale présente ou à venir".

Parler de vacances, il faut encore savoir ce que cela veut dire et lorsque les malades le font sur un mode narratif, ils témoignent souvent ainsi de leur exclusion en tant que sujet "hors de son discours". Car ce qui les habite alors, c'est la parole de l'autre, la nôtre en l'occurence.

Ce qu'ils semblent formuler sous la banalité du thème, c'est notre propre voeu inconscient de les abandonner et de rompre cette relation contraignante qui nous lie. Car les soignants pensent souvent que leur maladie à eux ce sont les malades - sans lesquels "tout serait si simple".

Cet accomodement leur épargne la question de leur propre névrose : le fou c'est l'autre... les vacances c'est la guérison.

Bavarder, ce peut être, d'une certaine façon, redoubler entre les malades et nous, une distance que nous disions vouloir réduire.

Dans un groupe, il fallut plusieurs semaines pour que nous comprenions ce que nos gémissements du lundi matin avaient d'ostensible. En effet, nous réduisions le malaise coutumier à ces séances, à une difficulté de commencer une nouvelle semaine après deux jours de détente.

Ce fut la mise au point précise d'une malade, qui éclaira notre défi obstiné ; elle nous conta ces dimanches où se dramatisait à nouveau la relation destructive qui la liait à sa mère et nous dit son désespoir du lundi matin, où la rupture de cette fusion la laissait inhabitée et suicidaire.

Le bavardage est un leurre que les malades tendent à perpétuer pour méconnaître la réalité.

Ils n'y renoncent que si nous sommes capables de le supporter.

Leur discours se modèle au degré supposé de notre tolérance, il interroge notre désir.

Laisser bavarder c'est répondre que nous tenons leur parole pour dangereuse.

Un malade auquel je demandais pourquoi il ne participait que rarement au groupe du matin, me répondit :

"A quoi cela peut-il me servir, ils parlent de films, d'exposition, de peinture, comme si on n'était là pour çà !
Vous êtes des fonctionnaires et nous sommes des lâches, nous trouverons toujours à nous arranger".

========

Identique à la démission des malades, celle des soignants, par le même canal de la passivité, les protège de l'affrontement à leurs propres carences.

Avant que les événements du mois de mai ne viennent apporter une référence externe, le personnel se retranchait derrière l'existence du pouvoir hiérarchique pour renoncer à revendiquer tout accès à l'organisation du collectif.

Les problèmes du salariat étaient l'occasion de conflits nombreux, mais restaient vécus sur un mode persécutif sans qu'aucune prise de position commune ne vint tenter de leur donner une issue.

L'étude du budget, la répartition des crédits aux différents postes restaient le fait de la direction et des employeurs ; l'ensemble des soignants se résignaient volontiers à subir les décisions ainsi prises car cette situation de tutelle n'était pas sans bénéfice secondaire, en particulier le non-engagement dans le travail qui est source d'ennui, mais de sécurité.

A l'hôpital de jour, le secteur administratif gère l'établissement à l'intention du secteur médical qui y trouve des avantages de facilité, mais y perd un versant fondamental de son activité : celui de constamment réintroduire l'argent dans les circuits d'échanges du collectif comme support de prestation et vecteur de parole.

Le souci d'une "bonne gestion" aseptique, en désinsérant les problèmes financiers de la vie quotidienne du groupe risque de voir celle-ci, infiltrée d'effets bureaucratiques et fixistes.

Le secret médical, le "confidentiel" sont autant de rationnalisations qui viennent consolider les élaborations narcissiques du collectif.

La cassure entre médical et administratif y trouve à se perpétuer suivant des formes d'isolation obsessionnelle.

Tel un reflet de ce morcellement, de cette dysharmonie structurale nous apparaît la répartition des espaces et des lieus de vie.

Leur cartographie ne saurait être appréhendée qu'à partir d'une étude attentive, des allées et venues, des concentrations numériques, de leurs variations temporelles, mais une vue superficielle permet néanmoins d'en dégager les lignes de force.

En dehors des secteurs nécessaires à l'infirmerie, à l'hydrothérapie, aux ateliers, de multiples alvéoles figurent les bureaux, terrain privilégié des assistantes sociales, médecins, psychologues et du personnel administratif.

La salle à manger subit les variations numériques les plus accusées passant de la vacuité à l'hyperconcentration de midi à deux heures.

Mais deux plages semblent pouvoir être opposées l'une à l'autre par de nombreux traits distinctifs : le Club des malades et la "Grande salle", chacune située à des étages différents, mais possédant une surface analogue.

CLUB	GRANDE SALLE
- Style moderne confortable	- Style 18ème siècle gris et or
- Utilisé par les malades à temps complet.	- Utilisé par le personnel quatre heures par semaine.
- Concentration numérique élevée et permanente avec pointe insoutenable entre 12 et 15 heures.	- Vide en dehors des heures ci-dessus prévues.
- A vocation de "détente".	- Vocation de réunions.
- Situé à l'étage des ateliers.	- Etage de la direction.

Ce schéma évoque la non existence du principe des vases communicants et en cela nous semble symptomatique d'une maladie institutionnelle. En effet, une organisation cohérente ne se conçoit que dans la redistribution constante des espaces de vie en fonction des besoins du collectif et non en regard de tabous,. différence de castes, mythe de la contagiosité et de leurs prétextes conscients : la propreté, le luxe ou le prestige.

L'aspect politique de ce découpage spatial a trouvé sa vérification au moment des événements de mai où pour la première fois une assemblée générale mixte soignant-soigné se tint dans la "Grande salle".

========

Nous avons vu que la passivité et la dépendance des malades, à l'égal de la nôtre, constituait un mécanisme de défense contre les angoisses que suscite l'implication personnelle dans le groupe et dans le fonctionnement du collectif.

Pour que les soignants permettent aux malades de s'engager dans le réseau relationnel du collectif par la médiation de la parole et des actes, il leur faut supporter d'être atteints dans leurs propres élaborations narcissiques, car ce sont elles qui enferment le malade dans les répétitions de sa maladie.

Ainsi le groupe en projetant ses angoisses imaginaires sur la structure hiérarchique se trouve confronté à la difficulté de décoller les deux plans du fantasme et du politique.

Il ne pourra le tenter qu'en se donnant des lieux d'échanges où élucider en permanence tant ses problèmes de pouvoir que ses résistances inconscientes.

Pour que travail et apragmatisme reprennent sens au niveau des instances individuelles, il importe d'opérer une analyse constante des facteurs d'aliénation qui pèsent sur l'institution et de repenser en particulier la répartition du pouvoir, du savoir et des salaires, ce qui nous apparaît constituer un temps préliminaire à toute entreprise thérapeutique satisfaisante.

Mais à l'hôpital de jour, l'apragmatisme n'est pas le mode de défense privilégié des soignants qui adoptent volontiers son contraire : ne jamais rester sans rien faire.

Ces deux pôles sont d'ailleurs identiques quant à leur mécanisme et la relation qu'ils entretiennent avec l'argent. C'est ainsi que la vérification des emplois du temps, les statistiques portant sur les consultations se multiplient d'année en année car périodiquement un mythe se fait jour : "la maison est au bord de la faillite".

Cette éventualité si souvent profilée, nous savons qu'elle n'a aucune base réelle, mais à l'évidence son rôle est ailleurs : les soignants s'en emparent pour multiplier les prises en charge hâtives au dépend de leur qualité et d'un approfondissement théorique.

Faire des forfaits est à l'hôpital de jour ce que le surpeuplement est aux hôpitaux psychiatriques : le souci du nombre des malades dispense du souci de les soigner.

Faire, c'est ne pas penser, c'est aussi ne pas être, ni laisser être, et d'une certaine façon c'est nouer entre soignants et soignés des relations aliénées et possessives.

Ainsi voyons-nous comment le "tout faire pour" les malades ou bien le "ne rien pouvoir faire pour" eux se retrouvent dans une entreprise de négation de leur désir et de son écoute.

Cette impasse où se fige le processus de soins nous semble en partie soutendue par la démission du groupe au niveau des problèmes de gestion du collectif.

Nous en avons souligné l'incidence sur l'engagement des malades, nous la retrouvons chez les soignants qui subissent comme oppressif le rôle d'organisation alloué à la direction.

Pour que se dénouent les relations persécutives et leurs bénéfices inconscients, le groupe doit se donner accès à la connaissance de ses besoins et leur évaluation, sauvegardant ainsi la possibilité d'élaboration permanente du fonctionnement du collectif.

La rétribution du travail gagnerait à être repensée en fonction de modalités propres permettant aux activités de prendre sens les unes par rapport aux autres.

En institution toute censure portant sur l'organisation budgétaire atteint la circulation des échanges verbaux : l'argent et la parole semblent indissociables.

L'exemple qui nous semble le plus démonstratif est celui de certaines cliniques privées où la "radinerie" scrupuleuse et forcenée n'a aucune commune mesure avec la réalité des besoins financiers et ne vient là que par son pouvoir oppressif sur la mise en parole des affects.

Nous avons vu que ce n'est qu'au travers des échanges de travail, d'argent et de paroles que l'institution accède à une visée thérapeutique.

Aussi importe-t-il que les soignants puissent orienter leur activité selon leurs propres investissements, en les articulant avec les besoins du collectif.

L'emploi du temps, la répartition des tâches, doivent être l'objet d'initiatives et n'ont de sens que par référence au groupe tout entier qui prend fonction de "contrôle".

Soigner c'est d'une certaine façon, inventer, mais aussi savoir en rendre compte.

C'est lutter contre le morcellement de la prise en charge thérapeutique en lui restituant sa signification par rapport aux instances individuelles et collectives.

Il faut dépasser les tabous et les mythes des sociétés primitives pour venir s'articuler avec l'histoire.

La genèse d'un établissement donne toujours issue à des règles non écrites, code implicite et non remis en cause.

A l'hôpital de jour l'héritage est celui des promoteurs, émigrants venus des asiles pour fonder une Terre selon leurs voeux.

Ce temps mythique reste la possession de quelques "anciens" qui en perpétuent les insignes comme pour magiquement en resusciter le temps.

La réorganisation des conditions de travail passe par l'élucidation de ces édits occultes leur redonnant une dimension de reliques.

Ainsi, l'histoire doit être le fait de tous, et d'une reprise constante de son sens, car il importe de se soustraire à la pétrification du temps qui infiltre toute institution avant de prétendre restituer au malade son propre mouvement évolutif.

Si la famille du psychotique tend à sauvegarder sa mythologie, le collectif le fait aussi dans un même refus du non-sens comme lieu de signification.

CHAPITRE VIII

LE TRAVAIL THERAPEUTIQUE ET LES FANTASMES DE SON POUVOIR -

Au travers de quelques compte-rendus de groupe, nous tenterons de cerner la traduction institutionnelle des positions doctrinales que nous avons considérées.

Jeudi :

"Il ne faut pas rester au Club à ne rien faire. C'est nocif. L'atmosphère y est exécrable.
Ceux qui restent au Club sont plus malades que nous. Ils ont davantage de médicaments.
Ensemble, ils ne font rien de bon, les infirmières ont pourtant dû leur proposer des activités".

Dominique enchaîne :

"Dans un hôpital où j'étais on me traînait de force à l'ergo.
Mon lit était un refuge, une fuite contre l'adversité.
Amener les malades à sortir d'eux-mêmes, c'est le principe de l'ergothérapie.
Ce qui est important c'est l'accueil.
Les ergothérapeutes doivent s'attendre à avoir devant eux des cas différents".

Monsieur M ... après un silence :

"On s'endort dans le groupe, les activités c'est mieux car ça empêche de réfléchir".
Ceux qui sont carrément malades s'acheminent vers un travail trop mécanique.

Vendredi :

Dominique dit :

"C'est le dernier jour de Monsieur B ... (Moniteur d'ergothérapie)
On l'aime bien ici car il ne se noie pas dans l'intellectuel.

A la maison, j'ai pas mal d'ennui, il m'a dit : il faut agir - travailler et réfléchir ensuite".

Lundi :

"A l'atelier de travaux industriels il y a une ambiance très agréable ; le rôle du moniteur c'est de calmer les malades surtout en fin de journée, mais il y a aussi les médicaments".

Mercredi :

"On est agressif lorsqu'on est incompris.
Ce n'est pas toujours une victoire d'être agressif.
Si tous les malades devenaient agressifs, on les enfermerait.
Quant on s'énerve, il faut travailler".

Plus récemment, Dominique dit :

"A l'Elan, le travail est thérapeutique.
Lorsqu'on est anxieux, il faut travailler, faire n'importe quoi !
N'est-ce pas Docteur ? Le travail tue le temps".

Mademoiselle S ... interrompt, inquiète :

"Je n'ai rien à me reprocher. Je travaille".

Des lignes directrices qui se dégagent ici, nous soulignerons la relation travail - temps - angoisse.

"Lorsqu'on est anxieux, il faut travailler, faire n'importe quoi".

C'est un véritable recours à l'ergothérapie que formule ainsi cette jeune schizophrène.

L'activité est ici repérage nécessaire dans le vide démesuré d'une journée, structuration et restructuration du temps, apaisement d'une angoisse insoutenable.

Et il semble que l'introduction du travail dans l'espace-temps psychotique persiste à constituer un support nécessaire au maniement de la relation thérapeutique qu'elle soit fondée sur les médicaments ou l'échange verbal.

Mais dans cet appel vient surgir le "faire n'importe quoi" où se pressent un repli vers une activité solitaire où trouver à réprimer ses pulsions, hors de toute reprise du sens et accès à la parole.

Le travail en est falsifié dans son devenir de médiation et ainsi s'installe un comportement dépressif, confiné dans l'impuissance et la culpabilité, où le délire viendra reconstruire un monde persécutif.

L'ergothérapie,si tant est qu'on doive en retenir le principe,ne saurait être conçue comme une simple occupation pour calmer les malades et canaliser leur agressivité.

"Faire n'importe quoi" c'est faire le jeu des résistances sous le couvert d'un comportement agréé par le milieu institutionnel.

"Si tous les malades étaient agressifs, on les enfermerait.
Quand on s'énerve, il faut travailler".

Le travail semble ici posséder en lui-même une valeur de rédemption de la maladie mentale et le renfermement vient clore le drame de celui qui n'a pas su en trouver la voie.

Agressivité et travail s'opposent alors au lieu de se rejoindre dans un même mouvement de réouverture du malade vers le groupe.

"L'agressivité est le moteur de l'action : si le combat s'articule dans le groupe et s'il se socialise à son tour, s'il s'articule dans le temps prenant ainsi une dimension historique (dépassant le comportement de "tout ou rien" ou de "maintenant ou jamais"), s'il s'articule enfin pour ainsi dire avec l'espace dans le damier intersocial concret où il se déroule".

TOSQUELLES.

"Il faut travailler, réfléchir ensuite.
Je n'ai rien à me reprocher. Je travaille".

Le travail-salvateur est un mythe qui a la vie dure. La société le propose en assignant à la folie ce statut marginal connoté par le chômage.

Mais aussi travailler c'est "faire" pour ne pas réfléchir et pour méconnaître la réalité de la maladie.

Lorsque Monsieur M ... dit dans le groupe :

"Les activités c'est mieux, car ça empêche de réfléchir", il indique la place vide qui est celle de la thérapeutique par où penser et agir s'articulent.

N'exprime-t-il pas aussi :

"Moi qui ne peux réfléchir sainement, je travaille".

Répondant d'une certaine façon au désir normalisant qui est le nôtre, et que tout propos d'ergothérapie, risque toujours d'impliquer.

========

Corollaire du travail-rédempteur surgit toujours une échelle de valeur.

"Ceux qui restent au Club sont plus malades que nous. Ils ont davantage de médicaments. Ensemble, ils ne font rien de bon".

Ne rien faire, c'est "rien faire de bon".

C'est aussi être plus malade que les autres.

Incurie et incurabilité se rejoignent et se constituent en signe indicatif dans une classification.

- bons malades - travailleurs - bonne volonté
- mauvais malades - apragmatiques - mauvaise volonté.

L'imaginaire des relations établies sur de telles données rend illusoire tout projet thérapeutique : travail ou apragmatisme sont pris comme critères de jugement laissant méconnue la valeur signifiante qui est la leur dans la relation transférentielle.

En faisant l'économie d'une reprise de sens, le groupe se met à fonctionner sur des critères moralisants. Ce mode de répression si répandu dans la société, vient infiltrer le langage du collectif, indiquant le rôle attribué au travail comme prémunition contre des pratiques interdites. Le bon malade ne se masturbe pas. La parole du mauvais malade n'a pas cours.

Un autre plan se dégage du contenu des groupes : celui des activités thérapeutiques se voulant réentrainement au travail.

Il existe à l'Elan un atelier dit de travaux industriels possédant une gestion autonome.

Des accords sont passés avec certaines entreprises qui fournissent la matière première et payent suivant la quantité de travail effectué.

Les malades sont rémunérés à l'heure.

Il s'agit, en général, d'effectuer des actes simples et répétitifs :

- coller des enveloppes.
- classer des papiers.
- assembler des compte-gouttes à partir des éléments fournis = activité dite "de bouchons".

Cet atelier fut conçu pour donner à certains malades, aux possibilités d'apprentissage réduites, l'accès à un certain entraînement leur permettant ensuite d'occuper des postes de conditionnement.

Ces personnes dont l'hospitalisation est souvent de longue durée, peuvent gagner ainsi quelque argent.

La pratique des groupes quotidiens permit de mettre en évidence l'écart certain qui existe entre le projet initial de cet atelier et la façon dont le conçoivent les malades.

Les travaux industriels, leur diversité, leur intérêt, l'ambiance qui y règne sont autant de thèmes inlassablement commentés.

Mais ce que l'on note rapidement c'est que ces propos sont le fait de malades pour lesquels l'indication de cet atelier est discutable : jeunes psychotiques - névrose d'angoisse ...

D'autre part, l'émergence du thème correspond régulièrement à un moment où le groupe aborde des problèmes personnels ayant trait à la maladie : quelqu'un dit alors :

"Si nous parlions des travaux industriels"

donnant ainsi un coup d'arrêt aux paroles vraies.

Jeudi :

"Ceux qui vont aux travaux industriels c'est pour une question pécunière.
- C'est pas sûr.
- On nous donne que ça. On a pas le choix.
- Qu'est-ce qui vous plait ici ?
- D'avoir quelque chose à faire".

Vendredi :

"Il faut reconstituer une ambiance de l'extérieur au niveau des activités.
- Qu'est-ce qui réunit les gens ici ?
- Le problème de se retrouver comme à l'extérieur.
Faire des enveloppes, c'est bien, c'est un vrai travail".

Jeudi :

"Peut-on rééduquer avec des bouchons ?
- Oui, par le nombre.

Et plus loin :

- Nous sommes réunis là pour un changement. C'est à nous de nous imposer pour être payés plus cher.
- Il ne faut pas y compter si on n'améliore pas le rendement.
- Ce sera la grève illimitée.

- On nous foutera à la porte.
- Mais non !

Un moment plus tard :

- On parle beaucoup mais ça n'évolue pas. Nous sommes dans une impasse. Il faut faire un vote pour en sortir.

Quelqu'un conteste :

- On n'est pas ici pour être payés.

Le groupe reprend :

- Si la maison voit qu'on va de plus en plus vite, elle nous fournira de plus en plus de travail".

Des mots apparaissent ici dont l'emploi dans l'institution semble être le fait de ce seul champ bien défini qu'est l'atelier de travaux industriels :

" argent - travail vrai - ambiance extérieure - rendement - grève illimitée".

C'est un appel à la réalité extérieure et sociale, au monde du travail.

Que signifie-t-il ?

Nous remarquons que la mise en circulation de ces concepts est contemporaine d'une certaine atmosphère du groupe, les malades trouvant alors une unité de ton qui constitue les soignants en spectateurs. Cette enclave du monde extérieur, ils nous signifient que c'est leur propriété, davantage qu'aucun autre lieu de l'institution.

C'est un univers clos, celui où l'on peut faire "comme si" : comme si la maladie n'existait pas, comme si la folie n'était qu'un handicap à rééduquer.

"Les bouchons, c'est un examen pour voir le rendement des handicapés, des malades mentaux.
Il n'y a pas que des malades mentaux ici" conteste un autre.

"Je sais, j'ai dit des handicapés.
Les bouchons ça peut être un test".

Test de performance, handicap à rééduquer, voici tout un versant de la psychiatrie qui apparaît, nostalgie d'une science exacte où ont cours les repères, les échelles et les batteries.

Et où chacun peut connaître et garder sa place dans une relation où l'on sait qui est l'observateur et qui est l'observé.

"Nous sommes des microbes et vous êtes le microscope" disait un malade, indiquant là, le sens unique du regard qui est aussi celui de la relation persécutive.

A l'origine, l'atelier de travaux industriels était conçu comme domaine de ceux dont l'évolution lente, nécessite un espace réduit emprunt de sécurité, un groupe petit où se sentir protégé d'un monde trop fascinant et dangereux, un accès au travail par le canal d'occupations simples et pourtant soutenues par l'intérêt de la rémunération.

A cesser d'être vigilants quant à ses buts et ses indications, les soignants virent l'atelier devenir le théâtre des résistances d'un petit nombre de malades, jeunes psychotiques et névrosés, qui trouvaient là une échappée à la contrainte thérapeutique proposée par le reste de l'institution.

Les travaux de conditionnement représentaient pour eux "un simulacre répétitif du travail civil extérieur".

Que le prix horaire soit faible et les gestes monotones, cela s'inscrivait dans une politique masochiste et soulageait leur angoisse pour renforcer leurs défenses.

"Qu'est-ce qui réunit les gens ici ?
"Le problème de se retrouver comme à l'extérieur".

Un aide-comptable, souffrant d'insomnie, d'angoisse et dont la névrose d'échec s'opposait régulièrement aux tentatives de reprise de travail, dit un jour :

"Ce que je préfère c'est classer les enveloppes, coller les timbres car c'est quelque chose que je pourrai faire à l'extérieur, plus tard".

Ces travaux élémentaires de bureau lui fournissaient comme une justification de son impuissance à reprendre son ancienne profession. La modestie des tâches se faisait preuve dans le réel, de sa dépréciation imaginaire.

========

Les groupes quotidiens et la reprise du sens inconscient qu'ils se proposent de susciter, mettent en péril les constructions défensives établies par certains groupes de malades dont ceux qui utilisent l'atelier de travaux industriels.

C'est ainsi que rapidement leur inquiètude fit émerger des thèmes de conflit :

"Nous sommes réunis là pour un changement.
C'est à nous de nous imposer pour être payés plus cher".

Et enfin l'enchaînement des fantasmes :

- augmenter le rendement
- grève illimitée
- foutus à la porte, etc ...

Pour eux, la grève du travail vient ici reconduire celle de la thérapeutique, qu'ils poursuivaient de longue date avec la complicité de tous.

Faire la grève, c'est reprendre aux soignants, devenus agresseurs et demandeurs de comptes, les insignes qui étaient les leurs lors des événements de mai dernier.

C'est aussi, d'une certaine façon, contester l'origine des groupes, en ceci qu'ils furent davantage mise en forme du désir des soignants qu'avènement d'une élaboration commune à tout le collectif.

"Il y a des réunions, parce qu'il y a eu des événements politiques" souligne un malade.

========

C'est ici que se fait jour l'affrontement de deux mondes et le conflit occulte qui les oppose dans l'institution :

- celui des soignants et de leur profession
- celui des malades et de la microsociété du travail qu'ils ont tenté de reconstruire à l'intérieur de l'hôpital.

Sur quel compromis s'est fondée cette situation ? Quelle complicité inconsciente l'a laissée se perpétuer ?

Garder étanches ces deux mondes confrontés c'est d'une certaine façon, se prémunir contre la relation transférentielle et ses affres.

C'est signer un pacte de non agression réciproque où il serait dit par les malades :

"Si tu me laisses vivre avec mes fantasmes, je continuerai à croire en tes recettes, tes jouets, tes techniques de réadaptation".

D'un côté comme de l'autre les bénéfices inconscients sont préservés par la technicité.

Nous entendons par ce terme, non pas la connaissance

d'une pratique et de ses effets, mais la fascination par une technique, comme objet de réassurance narcissique.

La psychiatrie n'a pas échappé à cette mode, issue d'un monde industriel qui croit au bonheur par la propriété et les objets.

Là où surgit l'angoisse devant la folie et son opacité, la technique vient plaquer une apparente solution, réalisant en fait un court-circuit de la pensée réflexive : le moyen employé est pris comme fin en soi.

Occupés de l'action qu'il leur faut exercer sur le malade, les soignants oublient de l'entendre, méconnaissant ainsi que ce qui est de l'ordre de la thérapeutique advient par le langage.

CHAPITRE IX

TECHNIQUE ET CAÏDATS -

Nous avons vu que les groupes quotidiens avaient permis de démasquer ce qu'il en était des positions défensives élaborées par les malades sous le couvert d'un réentraînement au travail.

Au niveau des soignants se fit jour un système analogue : celui du recours à la technique spécialisée.

De tout temps les médecins avaient utilisé les relations duelles pour fuir les problèmes institutionnels en leur ensemble.

Leur nouvelle démarche thérapeutique mobilisa l'anxiété de ceux qui jusqu'alors détenaient le privilège de travailler en groupe : les moniteurs qui semblaient pressentir on ne sait quelle dépossession d'une fonction dite "paternelle". La préséance du langage sur l'acte profilait ici une menace imaginaire.

A une réunion du vendredi où se retrouve l'ensemble du personnel, une demande se fit jour, en fin de séance, incidente mais impérative. Elle émanait du professeur de chant et d'un des deux moniteurs de sport :

"La maison était trop exiguë pour que puisse y être pratiqué tout l'éventail des techniques souhaitables, il devenait nécessaire de louer un local extérieur à l'institution où pouvoir travailler dans des conditions plus proches de la vie normale et permettant l'accès à une plus haute qualité de résultats".

Le professeur de chant se proposait d'utiliser des méthodes nouvelles, nécessitant une grande précision et un nombre réduit de malades.

Les cours qui, jusqu'alors avaient lieu au Club, étaient entravés par l'atmosphère qui y régnait : la présence de malades muets et prostrés, l'aller et venue de certains instables.

Le moniteur de sport pensait que ce nouveau local lui

permettrait de multiplier certaines séances de rééducation sportive en "cours particuliers".

L'effet contraignant des groupes quotidiens de discussion lui semblait devoir être contrebalancé par la mise en place de nouvelles activités à caractère plus spécialisé et se pratiquant en cercle restreint.

Quel que soit le bien fondé de ces argumentations, il nous semble possible d'y pressentir l'effet de résistances inconscientes à la prise en charge thérapeutique.

Ce qui caractérise l'aspect défensif des techniques spécialisées n'est pas la méthode en elle-même, mais les conditions ambiantes qu'elles exigent pour s'accomplir.

Il s'agit toujours de lieux retirés, de calme, de huis-clos, de toute une atmosphère de chapelle qui ne saurait être critiquée si elle n'allait à l'encontre des besoins réels du collectif.

Le cours de chant donné au Club ne pouvait prétendre à aucune qualité technique comparable à celle d'une chorale extérieure, mais il était moment de vie pour les participants et pour ceux qui, par leur présence muette ou gênante, y assistaient.

Dans la pénurie de vie relationnelle qui est celle de la plupart des malades, il est injustifié de vouloir instituer des activités de "haut niveau" ne profitant qu'à une élite. Elles ne sauraient que réparer les blessures narcissiques infligées aux soignants par l'efficacité incertaine de leur pratique psychiatrique, mais laisseraient la quasi totalité du groupe à l'aridité désertique de ses échanges.

La vertu opératoire des techniques est une croyance issue d'un défaut de théorisation et d'une analyse hâtive de la pratique.

Soigner ce n'est pas juxtaposer psychothérapie, chimiothérapie, ergothérapie, mais tenter d'organiser la totalité du milieu à des fins thérapeutiques en prenant "prétexte" de toutes les médiations.

Il s'agit de dépasser le stade du corps morcelé pour que se fonde la texture sous-jacente à la vie du collectif et ses innombrables communications.

Le malade a besoin de s'engager dans un système d'échanges où trouver la relation privilégiée qui lui permettra de réexpérimenter ses propres structures d'échec à se constituer comme sujet.

DAUMEZON :

"Si en psychanalyse c'est le médecin qui est l'objet des investissements successifs et fantasmatiques familiaux, en psychothérapie institutionnelle c'est le milieu de vie qui est l'objet de ces investissements".

Et à propos d'une technique spécialisée : la cure de BINI TOSQUELLES et FANON diront :

"Ce qui semble essentiel dans ce cas, ce sont les rencontres interhumaines et les activités pratiques où le malade s'engage pendant le processus de redécouverte du moi et du monde.

En passant naturellement par les étapes fantasmatiques que le milieu lui permet d'accrocher.

Fantasmes qui ont la même structure que les fantasmes analytiques mais ici c'est le réel hospitalier qui les incarne, les supporte et les résout.

Le médecin et la plasticité matérielle du milieu doivent s'adapter à ces investissements et faciliter leur dépassement".

========

Nous avons tenté d'envisager comment une même relation au travail pouvait être retrouvée dans l'ensemble du collectif soignant-soigné et comment elle semblait se constituer en système défensif inconscient contre l'abord de la pathologie.

L'investissement de travail, en son seul versant technique se réalise donc au dépend du rôle médiateur qu'il doit occuper dans une perspective thérapeutique.

Chaque individu, au lieu de s'inscrire dans la vie de l'institution en qualité d'élément du damier relationnel, tente de s'y soustraire en se fixant dans une position de repli narcissique et de fascination par le rôle de "spécialiste".

De ce fait, la place qu'il occupe cesse d'être un lieu d'échange pour ne devenir qu'un "isolat" nanti des privilèges de la technocratie : la spécialisation se trouve valorisée au dépend des autres activités dites "de base", les privant ainsi de l'attention et de la réflexion théorique nécessaire.

"Donner des leçons particulières" ou "être expert en matière de travaux industriels" deviennent des rôles pétrifiés. Au lieu de ne constituer qu'un simple attribut d'une personne et un prétexte à son insertion institutionnelle, l'activité prend là une fonction d'écran, de protection contre les dangers d'une remise en question.

Dans l'histoire de l'hôpital de jour, l'apparition de ces élaborations défensives semble contemporaine de la croissance rapide que subit le collectif deux ans après sa fondation.

En quelques mois s'opéra le passage de la structure familiale à celle d'une entreprise de moyenne importance

Si courte que soit l'histoire d'une telle institution, elle possède déjà son mythe de l'âge d'or, époque perdue où un groupe restreint faisait l'apprentissage d'une vie communautaire riche d'affects et d'échanges.

Cette invasion brutale "d'étrangers" fut subie avant qu'une réflexion commune n'ait préparé l'établissement à modifier son fonctionnement.

Les anciens, dépossédés de leur royaume, se replièrent sur des positions dépressives où rêver à des temps meilleurs.

Les intrus, subirent le poids de règles non écrites, issues d'une histoire non-vécue : un sentiment d'oppression les regroupait autour de thèmes persécutifs.

Un découpage apparut là où la cellule familiale avait éclaté, car la nostalgie qui régnait empêcha le groupe de créer les institutions d'échanges adaptées à ses besoins nouveaux.

L'érotisation des relations originelles qui avait servi de ciment à la vie communautaire, disparut alors, laissant un vide qu'aucun "savoir sur l'institution" ne vint combler.

La carence théorique en cette matière nous semble un élément déterminant du processus d'aliénation qui menace tout collectif de soins.

Elle favorise l'exercice de mécanisme de défense en laissant apparaître, hors de toute reprise du sens, des comportements pathologiques où malades et soignants s'enclavent, s'isolant ainsi du réseau relationnel : nous avons vu que le refuge dans la technicité est, en ce sens, tout à fait exemplaire.

Il nous semble donc possible de soutenir que si, l'absence d'engagement politique représente une prise de position très précise quant à ses conséquences, l'absence de théorisation en matière psychiatrique est déterminante pour la vie d'un collectif.

Dans les deux cas, il s'agit de la méconnaissance de valeurs d'échange, agents de la désaliénation des structures :

- concepts économiques et sociaux
- réalité psychique et connaissance de l'inconscient.

Sous couvert de tolérance et d'éclectisme, certains établissements de soins se veulent au carrefour de toutes les idéologies et tentatives d'explicitation des données de la pathologie, leur démarche thérapeutique se réclame indifféremment de Janet, Pavlov, Freud, Baruk, Rogers, de l'intuition et du bon sens.

Cet apolitisme psychiatrique se dit protection du malade contre le sectarisme de positions unitaires, mais, en fait, il s'épargne le risque de voir contester le savoir, le gardant voilé de toutes les imprécisions.

En effet, l'engagement en une théorie est, d'une certaine façon acceptation d'un ordre et mise en commun de concepts dont l'usage implique qu'on puisse publiquement en rendre compte.

Le savoir devient un bien à partager, débusquant ainsi les thésaurisations savantes de la hiérarchie.

L'expérience montre que seul, l'engagement explicite en matière théorique peut prétendre à des effets thérapeutiques, car il ouvre sur l'égalité de tous à la parole, à priori nécessaire à la dialectique de la connaissance, de sa communication et de sa progression.

A défaut de conscience, l'inconscience politique constitue une position oppressive où les soignants rationnalisent leur démission thérapeutique.

C'est alors que viennent à apparaître les mythes explicatifs, dont la fonction est de combler le vide laissé par la théorie :

Le travail rédempteur, la bonne volonté salvatrice, la pédagogie orthopédique, la réadaptation sociale sont autant de fantasmes où l'institution cherche à trouver les axes de sa pratique quotidienne.

Ce sont les mots remèdes apportés à son angoisse devant la folie et dont l'effet est d'occulter toute incursion intellectuelle. Pour les malades comme pour les soignants, ils font écran à la recherche de la vérité et de ses effets.

"L'essentiel est que le malade se trouve engagé dans un ensemble vivant, concret, ayant des lois, des coutumes et une armature symbolique".

Pour ce faire "nous devons instituer un inventaire thérapeutique contrôlable de la disponibilité des structures matérielles et des personnes".

Il ne s'agit pas d'un inventaire de recettes qui marchent plus ou moins bien et qui implique la juxtaposition de techniques variées : ergothérapie - club - cercle de malades - cantine etc ...

Il ne s'agit pas non plus des approches fournies par les méthodes comme la dynamique de groupe.

Tout cela doit faire partie du bagage de la psychiatrie hospitalière mais en restant technique particulière et qui ne peut avoir de valeur que si on n'escamote pas les conditions "d'existence et d'environnement".

En effet, il n'y a pas de groupe, d'individu, d'institution en soi, mais ce qui assure leur existance sera la place qu'ils occupent dans un univers social, c'est-à-dire un univers symbolique".

Claude PONCIN et citation de

J. OURY.

========

Il peut se trouver tout un secteur de soins pour se refermer sur lui-même et ses prérogatives, tentant ainsi de se soustraire à la Loi du groupe qui veut que chacun de ses organes se situe par rapport à la structure d'ensemble et non en regard de ses seules nécessités internes.

Ces corps étrangers enclavés dans la vie du collectif, trahissent leur présence par des effets insolites, des non-sens, des silences dont il importe de déceler les signes. Nous allons tenter d'en cerner un exemple.

La cuisine de l'hôpital de jour sert le repas de midi aux malades et au personnel.

Un contrat est passé avec un traiteur qui fournit la nourriture et délègue un cuisinier, qui, de ce fait, possède un statut différent de celui de l'ensemble du personnel : on loue ses services, il ne figure pas dans l'effectif, il n'a pas le droit de vote dans les assemblées générales réunissant les employés.

Aussi n'y vient-il pas et oublie-t-on de le convier aux réunions de caractère rituel : jour de l'an - arrosages divers .... Son nom propre n'est pas mis en circulation, on l'appelle le "chef".

Nous insistons sur ces précisions car elles nous semblent éclairer le phénomène d'altération que peut subir un secteur déterminé lorsque les conditions de travail qui le soustendent sont porteuses d'un caractère d'exception en regard de la structure salariale d'une institution.

Dans le collectif, ce particularisme vient s'ajouter à ce que la cuisine a toujours eu d'irréductible et de "caïdal".

Le mode de relations qui a cours dans l'enceinte de ce domaine est le reflet de tous ces traits : il y existe un certain style de plaisanterie, rappelant celui de groupes où les paroles vraies sont inconvenantes et où les échanges tournent en rond, sur le mode lassant et stérile de la "taquinerie".

Taquiner, c'est, en présence d'un tiers, s'adresser à l'autre sur un mode allusif qui sous-entend une certaine connaissance de ses travers les plus obscurs.

Ce savoir, on veut bien ne pas le révéler si l'autre "joue le jeu" et rit à la demande, renonçant implicitement à toute remise en cause de l'interlocuteur.

Taquiner c'est, d'une certaine façon, un chantage et pour un cuisinier c'est une arme puissante car son savoir est sur la nourriture et son pouvoir opère sur cette relation fondamentale qui nous voue à elle.

Nourrir les autres c'est réparer chez eux, un besoin grave et si archaïque que jamais ils ne songent à vous en savoir gré ni à vous demander à vous-même "quel est votre manque".

Donner sans recevoir c'est créer des dettes impossibles et ceux qui les contractent n'ont qu'à supporter sans recours les aléas de votre bon vouloir.

Dans leur famille, les malades connaissent bien ce type de relations où ils ne sont que bouches à nourrir, sans place pour la parole et où les aliments deviennent ces objets persécuteurs, nécessaires et funestes à ce corps qui les subit pour s'y perdre.

Dans un collectif, le repas est un moment central et tellement chargé de sens que les soignants ne savent que le négliger ou le ritualiser.

A l'hôpital de jour, l'attention fut portée sur un certain protocole élaboré autrefois en regard de la pénurie asilaire : la nourriture est excellente, servie individuellement à des tables où le nombre des convives est fixé à six par un décret mythique.

Ce caractère formel laisse au second plan un certain aspect de la réalité : Il est nécessaire d'effectuer trois services successifs car l'exiguité des locaux n'a pas été repensée en fonction de l'augmentation numérique du groupe.

Le temps imparti pour le repas est donc réduit à une demi-heure ce qui suscite un climat de tension où retards, lenteurs, changement d'horaires prennent un sens de provocation à l'égard du personnel responsable de "la bonne marche" de cette séquence

Ce lieu privilégié de la parole la voit s'effriter en mots utilitaires et conventionnels : se nourrir devient une occupation nécessaire réduite à l'état de besoin un peu honteux sur lequel on ne s'étend pas.

Du repas, les malades ne parlent jamais hormis lors d'épisodes persécutifs où la salle à manger ressurgit comme scène privilégiée du drame.

Une malade psychotique, dont le corps est le lieu d'ancrage constant de son angoisse, me dit récemment :

"Je me tiens à la porte vingt minutes avant le début du service, les autres poussent, chacun veut être le premier à entrer, j'ai peur de ne pas avoir de place, j'en ai mal au ventre".

Quelque peu fondées que soient ces craintes, elle sont vécues comme menaces pour l'existence même et fournissent les

éléments à partir desquels le délire viendra reconstruire ses thèmes explicatifs,donnant un sens, là où l'institution avait négligé de le faire : à ce secteur clos de la cuisine, aberration insérée dans l'organisation générale de la maison.

Nous voyons ainsi comment un souci de "bonne tenue" d'un secteur du collectif peut venir à l'encontre de sa vocation thérapeutique dès qu'il est investi de façon narcissique et soustrait à la possibilité d'intervention de l'ensemble du groupe.

Les malades subissent le repas comme un jugement porté sur leur corps, les soignants y voient un effet de la structure hiérarchique en ses instances administratives.

Cette trajectoire, suivie par le fantasme, une schizophrène l'a récemment retracé :

Personnage célèbre par son intelligence et ses troubles du comportement, elle sut une fois de plus traduire en actes le désir inconscient des soignants.

Elle se trouvait irritée par la pression que le cuisinier exerçait sur elle à propos de la nourriture qu'il lui fournissait pour son repas du soir et qu'elle emportait.

Au lieu de simple réponse à une carence pécunière réelle, ce repas supplémentaire se voulait faveur et sa qualité subissait les avatars des relations affectives qui liaient la malade, son infirmière et le cuisinier.

C'est ainsi qu'elle prit un jour sa gamelle, dont elle jugeait le contenu avarié, et la renversa aux pieds de la directrice sur la moquette fauve de son bureau.

Son geste venait à indiquer l'articulation des circuits imaginaires du groupe où le cuisinier est considéré comme intermédiaire entre le mauvais objet et la mauvaise mère.

Ce système en impasse tire son origine d'un acte manqué institutionnel par lequel les soignants à vouloir trop bien nourrir les malades trahissent leur voeu inconscient de reproduire à leur égard le rejet traditionnel des asiles.

========

A l'extrême, il se peut qu'un hôpital tout entier se prenne à ce jeu imaginaire de la technicité.

Il s'agit en général de collectifs de soins dont les projets ont été longuement médités au sein de la pratique asilaire et de ses scandales.

Ils représentent en quelque sorte la mise en pierres d'un rêve et gardent de cette origine les caractères du fantasme agi : ils sont partie inseccable de ceux qui les ont promus. La technique de soins y est investie de ce qu'elle n'était que carence quotidienne dans le cadre hospitalier traditionnel ; mais à être ainsi privilégiée, elle manque son but thérapeutique car la fascination qu'elle exerce la fige et on voit la réadaptation, voire même la psychanalyse s'ériger en mystique institutionnelle, venue là pour exorciser les fous.

Les murs, l'ambiance, l'hôtellerie sont le terrain des inventions les mieux intentionnées, mais les conditions d'engagement du malade et l'accueil de ses fantasmes occupent le second plan dans les préoccupations du groupe soignant, lui-même aliéné dans la structure hiérarchique corrélative de toute expérience dite "pilote".

Car l'essentiel est que "le malade se trouve engagé dans un ensemble vivant, concret, ayant des lois, des coûtumes, une armature symbolique". - OURY -

La vigilance et la disponibilité nécessaires doivent être le fait des soignants non de leur bon vouloir, mais de leur possibilité d'affronter l'angoisse de castration

"Si l'analyse d'une institution consiste à se fixer pour tâche d'ouvrir celle-ci à la vocation de se saisir de la parole, toute possibilité d'intervention créatrice dépendra de la capacité de ses initiateurs d'exister à l'endroit où "ça aurait du parler" sur le mode d'être marqué par le signifiant du groupe, c'est-à-dire, d'assumer un certain mode de castration".

Pierre GUATTARI

(Revue de Psychothérapie Institutionnelle, n°1)

Ce dont il s'agit, c'est de renoncer aux positions imaginaires où l'objet-hôpital est image spéculaire de soi-même, modèle offert aux regards des autres, mais non à leurs paroles.

La contestation y est blessure narcissique et la folie qui en est une incarnation entrave la marche harmonieuse du collectif vers son devenir exemplaire.

La propreté, la beauté, les rituels échouent à neutraliser la perpétuelle prolifération de fantasme, de délire, de sexualité.

L'ordre c'est d'une certaine façon, l'oppression domestique, mais c'est aussi celle des psychiatres.

Ils tentent de se prémunir contre ce que la maladie mentale évoque d'ombres et de dangers : on appelle les malades des pensionnaires ou des patients, on rebaptise l'hôpital en centre de psychothérapie, voire en Institut.

Lorsque l'hôpital de jour prit ce titre, les malades cherchèrent quel nom pouvait être le leur désormais. Membres de l'Institut, ils conclurent qu'ils étaient devenus "Immortels".

CONCLUSIONS

A partir d'observations recueillies durant deux mois dans le cadre d'un milieu de soins psychiatriques, nous avons tenté de préciser comment les thèmes dégagés pouvaient être analysés dans leur articulation individuelle et collective, l'institution étant considérée comme un fait social, qui possède une histoire, des traditions et des mythes.

Le matériel que nous avons utilisé, provient en majeure partie de séances de groupes quotidiens dont l'instauration correspond au début de notre période d'observation.

Ce plan d'écoute nous apparut d'un intérêt privilégié en ce qu'il permettait une approche unitaire du collectif soignant-soigné, réuni pour une expérience nouvelle d'élucidation de ses relations.

Dans un premier temps notre réflexion porta sur la période précédant la mise en pratique des groupes et durant laquelle se firent jour des thèmes à résonances multiples, témoin de la structure inconsciente de l'établissement.

C'est ainsi que la charge affective supportée par la notion de cooptation sembla s'éclairer à l'analyse des significations que prend ce terme aux différents registres de l'institution, en particulier le choix des malades et la sélection du personnel.

Dans un second temps, à comparer les discours tenus dans chacun des quatre groupes, nous pûmes mettre en évidence l'importance de certains contenus.

Par exemple, les malades insistant sur le thème du travail, nous avons tenté d'approcher sous cette banalité formelle, les divers modes de formulation de leur demande inconsciente de soins.

Et la méconnaissance en laquelle les soignants tendent à tenir ce message nous a semblé sous-tendue par ce que le fait psychiatrique comprend de singularité en sa double appartenance sociale et individuelle.

En ce sens, nous avons tenté de préciser qu'une telle écoute analytique ne pouvait advenir que dans certaines conditions de vie institutionnelle : telle qu'une organisation concrète y soit instaurée dont puisse être sauvegardée la disponibilité par l'accès de tous à sa connaissance, sa discussion et son remaniement.

Nous pensons qu'une telle structure relationnelle ne saurait être appréhendée et analysée qu'au travers d'institutions d'échanges que le milieu de soins doit se donner, pour permettre à chacun de ses membres, de se situer par rapport à l'autre, hors des impasses de l'imaginaire.

Ecouter le discours du malade suscite une implication contre laquelle l'ensemble du collectif élabore ses propres mécanismes d'occultation.

Ce sont ces résistances inconscientes que nous avons voulu analyser en les resituant dans le contexte historique et idéologique de l'hôpital de jour, et en tentant de montrer comment la genèse d'un collectif est déterminante dans le choix et la forme de ses systèmes de protection.

C'est ainsi que nous avons étudié le rôle joué par la structure hiérarchique, les mythes du travail thérapeutiques et le refuge dans la technicité.

Il nous est apparu que le dépassement de ces positions défensives demandait une analyse constante de "ce qui se passe" et ne semblait s'instaurer qu'à partir du moment où étaient élucidées les positions des soignants par rapport aux concepts fondamentaux et en particulier au pouvoir, au savoir et à l'argent.

Ce mouvement réflexif semblait permettre au collectif de demeurer sensible à ce que le message du malade véhicule de sens occulte et subversif.

Et lorsque celui-ci s'engageait dans le réseau relationnel de l'institution, le sens de ses paroles, de ses actes et de ses symptômes pouvait être repris et lui être restitué dans une perspective thérapeutique.

Vu, le Président de Thèse
Professeur L. MICHAUX

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

OUVRAGES CONSULTES

AYME Jean

- Politique sanitaire en psychiatrie - Recherches I
- La rémunération du travail des malades hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques
  . Revue pratique de psychologie de la vie sociale et de l'hygiène mentale - 1957 - n° III
- Attitude interprétative dans le transfert en thérapeutique institutionnelle
  . Revue de Psychothérapie institutionnelle - I

BONNAFE L.

Le personnage du psychiatre.

CHAIGNEAU Hélène

Le psychiatre de service public

FANON Frantz

Les damnés de la terre.

FOUCAULT Michel

Histoire de la folie

FREUD S.

Psychologie collective et analyse du moi.

GUATTARI Pierre

- Réflexions quelque peu philosophique sur la psychothérapie institutionnelle - Recherches I.
- La transversalité
  . Revue de psychothérapie institutionnelle I

LACAN Jacques

D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose - Ecrits.

LECLAIRE Serge

A la recherche des principes d'une psychothérapie de psychose
Evolution psychiatrique : les schizophrénies I - 1958.

LEMAIRE Anita
Langage et inconscient.
Une étude de l'oeuvre de Jacques LACAN.
Mémoire de licence en psychologie 1967.

LEVI STRAUSS
Anthropologie structurale
Introduction à l'oeuvre de Mauss.

MANNONI Maud
- L'enfant arriéré et sa mère.
- Le premier rendez-vous avec le psychanalyste.
- L'enfant, sa maladie et les autres.

MARCUSE Herbert
- EROS et civilisation
(Contribution à FREUD)

MARX Karl
Travail - Salarié et capital - Editions sociales

MICHAUD Ginette
La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes - thèse DES 1958.

ORTIGUES Marie Cécile et Edmond
Oedipe Africain.

OURY Jean
- Contribution au problème de la formation professionnelle en psychiatrie
. Rapport du IV Congrès international de psychothérapie Barcelone 58.
- Analyse de l'entourage immédiat dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle.
. II Congrès international de psychothérapie - Zurich 57.
- Transfert et compréhension en psychothérapie institutionnelle.
. Revue de psychothérapie institutionnelle n° I.
- Notes et variations sur la psychothérapie institutionnelle
. Recherches.

PONCIN Claude
- Essai d'analyse structurale appliquée à la psychothérapie institutionnelle.
. Thèse Nantes 62

PERRIER F.
- Fondements théoriques d'une psychothérapie de la schizophrénie.
. Evolution psychiatrique : les schizophrénies II - 1958.

RABINOVITCH Solal
- Un écrit quotidien à l'hôpital psychiatrique : le rapport de service.
. Thèse en médecine 1968.

TOSQUELLES - FANON
- Indications de la thérapeutique de BINI dans la psychothérapie institutionnelle.
. Congrès de médecins alliénistes et neurologues - Pau 54.

TOSQUELLES François
- Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique
- Pédagogie et psychothérapie institutionnelle - Revue II